



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN ANTARA MOTIVASI DENGAN EFIKASI DIRI  
PASIEN DM TIPE 2 DALAM KONTEKS ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RSUP. H. ADAM MALIK MEDAN**

**TESIS**

**Diajukan sebagai persyaratan memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

**Yesi Ariani  
0806483632**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JANUARI 2011**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, 07 Januari 2011

Pembimbing I

(Dr. Ratna Sitorus, S.Kp, M.App.Sc)

Pembimbing II

(Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes)

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dari semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Yesi Ariani**

**NPM : 0806483632**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 07 Januari 2011**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Yesi Ariani  
NPM : 0806483632  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien  
DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di  
RSUP H. Adam Malik Medan

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Ratna Sitorus, S.Kp, M.App.Sc (.....)  
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes (.....)  
Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp. MNS (.....)  
Penguji : Yulia, S.Kp, MN (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 07 Januari 2011

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis ucapkan kehadiran Allah Yang Maha Kuasa atas karunia dan nikmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal tesis ini tepat pada waktunya dengan judul “Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP. H. Adam Malik Medan”. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan serta do’a dari berbagai pihak. Untuk itu, rasa hormat, terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI
2. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc selaku ketua program Pasca Sarjana Fakultas ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan Koordinator mata ajar tesis
3. Ibu Dr.Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan
4. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing II atas segala bimbingan dan masukannya
5. Seluruh keluarga, suami dan anak tercinta yang telah memberikan dukungan dan doa sehingga penulis bisa menyelesaikan tugas perkuliahan dengan baik.
6. Seluruh Dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
7. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan FIK UI Kekhususan KMB semester Genap 2008 atas kekompakan, bantuan dan kerjasama selama mengikuti pendidikan di FIK UI.
8. Pihak-pihak lain yang tidak dapat disebutkan satu persatu disini.

Peneliti menyadari proposal tesis ini masih belum sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun demi perbaikan dimasa yang akan datang. Mudah-mudahan tesis ini bermanfaat bagi pembaca.

Depok, Januari 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Yesi Ariani  
NPM : 08063632  
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul: “Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok  
Pada Tanggal: 07 Januari 2011  
Yang menyatakan

Yesi Ariani

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Januari 2011  
Yesi Ariani

Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam  
Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H.Adam Malik Medan

xv+ 115 halaman + 14 tabel + 2 gambar + 6 lampiran

Abstrak

Efikasi diri diperlukan bagi pasien DM tipe 2 untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola penyakitnya. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik, Medan. Desain dalam penelitian ini adalah analitik *cross sectional* dengan jumlah sampel 110 pasien DM tipe 2. Analisa data menggunakan *Chi square*, *uji t independen* dan regresi logistik berganda. Hasil penelitian didapatkan bahwa karakteristik responden tidak ada yang berhubungan dengan efikasi diri kecuali status sosial ekonomi ( $p$  value 0.046;  $\alpha$  0.05). Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri ( $p$  value 0.010,  $\alpha$ : 0.05), ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri ( $p$  value 0.026;  $\alpha$ : 0.05) dan motivasi berhubungan dengan efikasi diri ( $p$  value 0.031;  $\alpha$ : 0.05). Individu yang memiliki motivasi yang baik berpeluang 3.736 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan individu yang memiliki motivasi kurang baik setelah dikontrol depresi (CI 95% OR: 1.35-10.32). Diharapkan perawat dapat meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien DM tipe 2 dengan memberikan pendidikan kesehatan terstruktur, memfasilitasi pemberian dukungan sosial dan memberikan intervensi untuk mencegah munculnya depresi.

Kata kunci : Motivasi, efikasi diri, DM tipe 2

Referensi : 66 (1993-2010 )

MASTER PROGRAM OF NURSING SCIENCE  
FACULTY OF NURSING, UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, January 2011  
Yesi Ariani

The Relationship of Motivation and Self-Efficacy in Patient with Type 2 Diabetes in  
Context of Nursing at H. Adam Malik Hospital in Medan

xv + 115 pages + 14 tables + 2 pictures + 6 Appendixes

Abstract

Self-efficacy is required for patient with type 2 diabetes in managing the disease independently. This study aimed to identify the relationship of motivation with self-efficacy in patient with type 2 diabetes in H. Adam Malik Hospital Medan. This study was a cross sectional analytic, recruited 110 respondents. Statistical analysis used for this study was chi-square, independent t-test and multiple logistic regression. The results showed that the characteristic of respondents were not associated with self-efficacy, except socioeconomic state ( $p$  value 0.046,  $\alpha$ : 0.05). There were relationships between family support and self efficacy ( $p$  value 0.010,  $\alpha$ : 0.05), depression and self-efficacy ( $p$  value 0.026,  $\alpha$ : 0.05) and motivation and self-efficacy ( $p$  value 0.031,  $\alpha$ : 0.05). People with good motivation had chance 3.736 times more to show a good self-efficacy than people with average motivation as this condition had been controlled by depression (CI 95% OR: 1.35;10.32). It is recommended that nurses would be able to enhance motivation and self-efficacy of type 2 diabetes patients through developing structured educational programmes, facilitating the social support and providing intervention to prevent depression symptoms.

Keywords: Motivation, self-efficacy, type 2 diabetes

References: 66 (1993-2010)



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1. Tujuan Umum.....	8
1.3.2. Tujuan Khusus.....	9
1.4. Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Diabetes Mellitus.....	10
2.1.1. Definisi.....	10
2.1.2. Faktor Resiko DM.....	10
2.1.3. Klasifikasi.....	12
2.1.4. Manifestasi Klinis.....	13
2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik.....	13
2.1.6. Komplikasi.....	14
2.1.7. Penatalaksanaan.....	16
2.2. Motivasi	
2.2.1. Definisi.....	21
2.2.2. Teori motivasi.....	22
2.2.3. Mengukur motivasi.....	29
2.3. Efikasi diri ( <i>Self-efficacy</i> )	
2.3.1. Definisi.....	27
2.3.2. Sumber-Sumber Efikasi Diri.....	29
2.3.3. Proses Pembentukan Efikasi Diri.....	30
2.3.4. Dimensi Efikasi Diri.....	31

2.3.5. Perkembangan Efikasi Diri .....	32
2.3.6. Faktor Yang Berhubungan dengan Efikasi Diri.....	33
2.3.7. Faktor yang Mempengaruhi Prilaku Kesehatan.....	36
2.3.8. Mengukur Efikasi Diri .....	37
2.3.9. Strategi Meningkatkan Motivasi dan Efikasi Diri .....	38
2.4. Asuhan Keperawatan .....	41
2.4.1. Pengkajian .....	42
2.4.2. Diagnosa Keperawatan .....	43
2.4.3. Intervensi Keperawatan .....	44
2.4.4. Evaluasi .....	47
2.5. Kerangka teori.....	48
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS &amp; DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	50
3.2. Hipotesis	
3.2.1. Hipotesis Mayor .....	51
3.2.2. Hipotesis Minor .....	51
3.3. Definisi Operasional.....	53
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	
4.1. Desain Penelitian.....	56
4.2. Populasi dan Sampel .....	56
4.3. Tempat Penelitian.....	58
4.4. Waktu Penelitian .....	58
4.5. Etika Penelitian.....	58
4.6. Alat Pengumpul Data .....	59
4.7. Validitas dan Reliabilitas	
4.7.1. Validitas.....	61
4.7.2. Reliabilitas.....	63
4.7.3. Uji Coba Instrumen.....	64
4.8. Prosedur Pengumpul Data	
4.8.1. Prosedur Administratif.....	65
4.8.2. Prosedur Pelaksanaan .....	65
4.9. Pengolahan dan Analisa Data	
4.9.1. Pengolahan Data .....	66
4.9.2. Analisa Data .....	67
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Analisis Univariat.....	71
5.2. Analisis Bivariat.....	73
5.2.1. Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri .....	73
5.2.2. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Efikasi Diri .....	74
5.2.3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri .....	77

5.2.4. Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri .....	78
5.3. Analisis Multivariat2.....	78

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

6.1. Interpretasi Dan Diskusi Hasil Penelitian	
6.1.1. Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri .....	84
6.1.2. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Efikasi Diri .....	88
6.1.3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri .....	98
6.1.4. Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri .....	100
6.2. Keterbatasan Penelitian.....	102
6.3. Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan .....	102

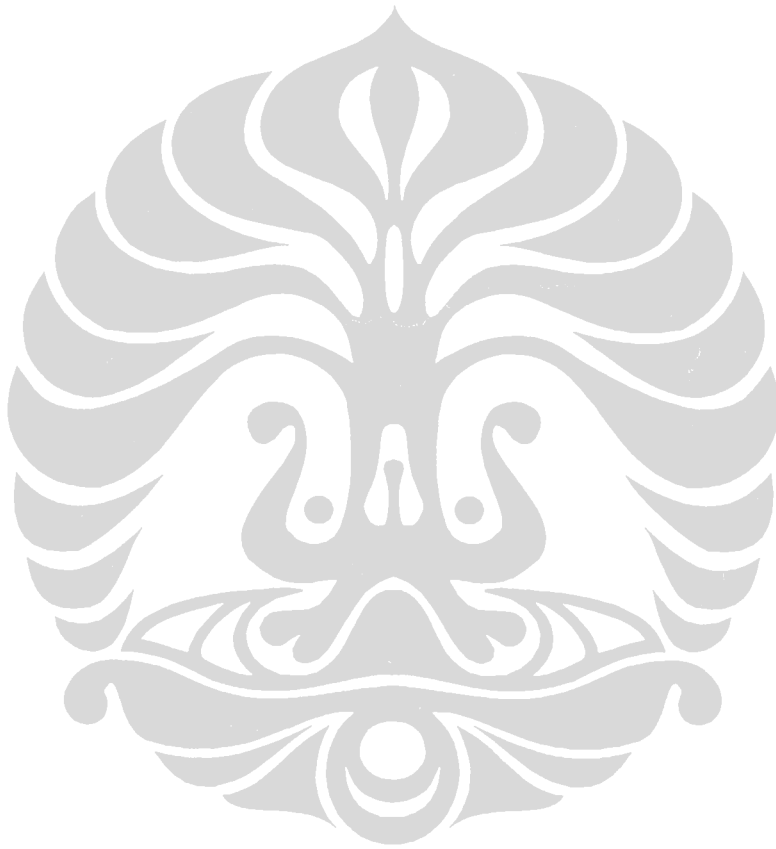
## **BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN**

7.1. Simpulan .....	107
7.2. Saran	
7.2.1. Bagi Pelayanan Keperawatan.....	107
7.2.2. Bagi Pendidikan Keperawatan .....	108
7.2.3. Bagi Penelitian Keperawatan .....	108

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	110
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

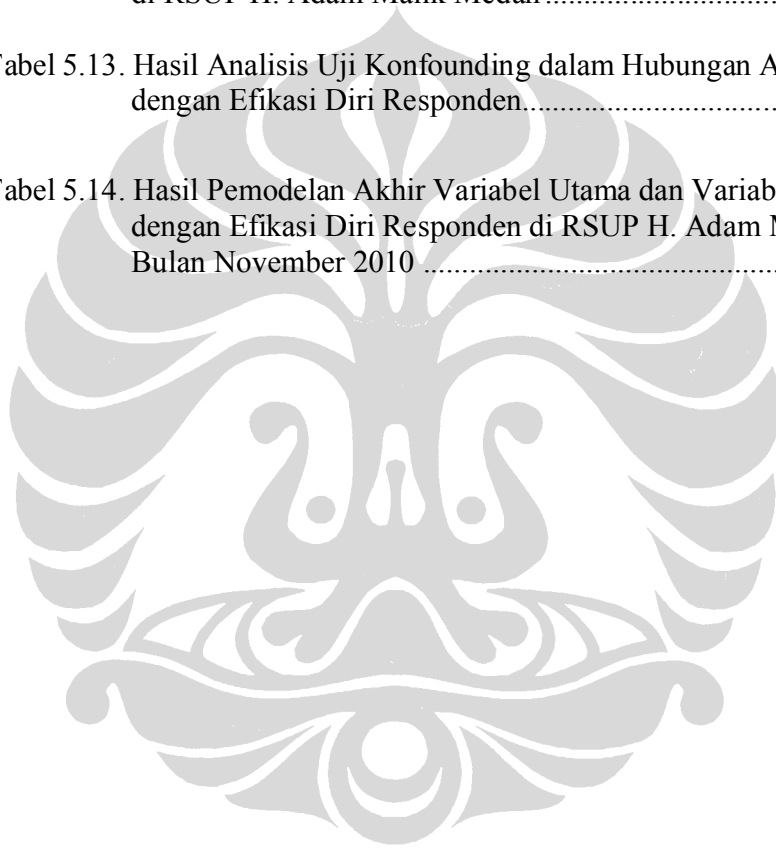
Gambar 2.1. Skema Kerangka Teori .....	49
Gambar 3.2. Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	50



## DAFTAR TABEL

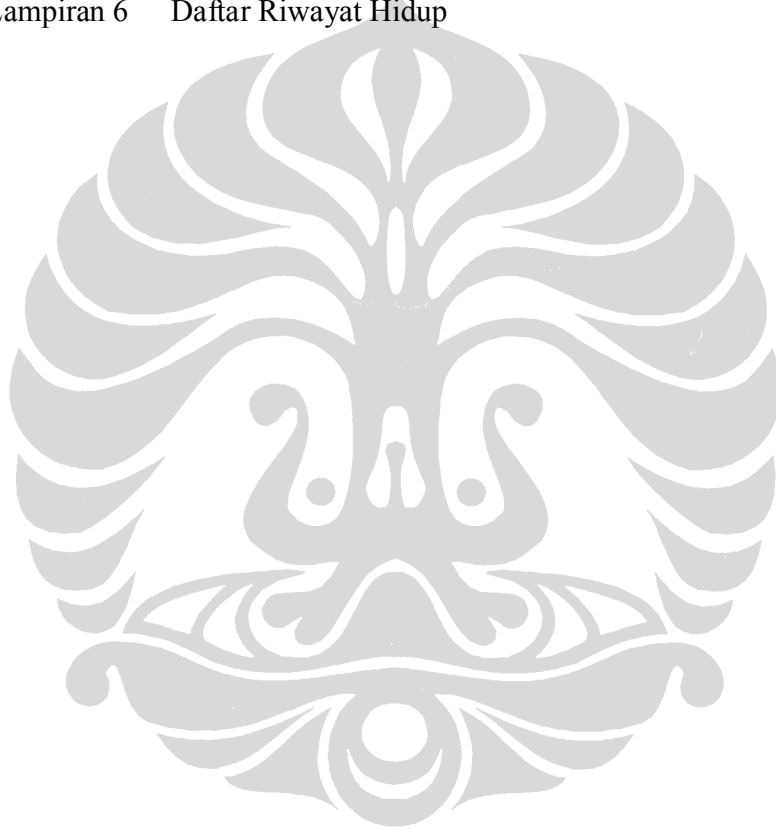
Table 3.1. Definisi Operasional.....	52
Tabel 4.1. Uji Statistik Analisa Data.....	71
Tabel 5.1. Hasil Analisis Umur, Penghasilan Responden , dan Lama Menderita DM di RSUP H. Adam Malik, Medan November 2010.....	73
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Pernikahan Responden di RSUP H. Adam Malik Medan Bulan November.....	72
Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Depresi yang Dialami Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	72
Tabel 5.4. Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi dan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	73
Tabel 5.5. Analisis Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	73
Tabel 5.6. Analisis Hubungan Umur, Status Sosial Ekonomi, dan Lama DM dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	74
Tabel 5.7. Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan Status Pernikahan dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	75
Tabel 5.8. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri Responden Di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	77
Tabel 5.9. Analisis Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik, Medan Bulan November 2010.....	78

Tabel 5.10. Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Bebas dan Variabel Konfounding dengan Efikasi Diri.....	79
Tabel 5.11. Hasil Pemodelan Baku Emas Variabel Bebas dan Variabel Konfounding dengan Efikasi Diri Di RSUP H. Adam Malik Medan Bulann November 2010.....	80
Tabel 5.12. Hasil Uji Interaksi Variabel Motivasi, Dukungan Keluarga dan Depresi dalam Hubungannya dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan .....	81
Tabel 5.13. Hasil Analisis Uji Konfounding dalam Hubungan Antara Motivasi dengan Efikasi Diri Responden.....	82
Tabel 5.14. Hasil Pemodelan Akhir Variabel Utama dan Variabel Konfounding dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 .....	82



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4 Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 5 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1.Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik dengan karakteristik peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (American Diabetes Assosiation, 2004 dalam Smeltzer & Bare, 2008). Menurut Soegondo, Soewondo dan Subekti (2009), DM terjadi jika tubuh tidak menghasilkan insulin yang cukup untuk mempertahankan kadar gula darah yang normal atau jika sel tidak memberikan respon yang tepat terhadap insulin.

Secara klinis terdapat dua tipe DM yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2. DM tipe 1 disebabkan karena kurangnya insulin secara absolut akibat proses autoimun sedangkan DM tipe 2 merupakan kasus terbanyak (90-95% dari seluruh kasus DM) yang umumnya mempunyai latar belakang kelainan diawali dengan resistensi insulin, lebih banyak menyerang orang dewasa dan akibat yang muncul biasanya karena usia, kelebihan berat badan dan kurangnya aktivitas. DM tipe 2 berlangsung lambat dan progresif, sehingga tidak terdeteksi sejak dini karena gejala yang dialami pasien sering bersifat ringan seperti kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi dan luka yang lama sembuh (Smeltzer & Bare, 2008).

DM sudah merupakan salah satu ancaman bagi kesehatan umat manusia pada abad 21. Menurut estimasi *International Diabetes Federation* (IDF) terdapat 177 juta penduduk dunia menderita DM pada tahun 2002, dan WHO memprediksi data DM akan meningkat menjadi 300 juta pada 25 tahun mendatang (Siswono, 2005). Jumlah penderita DM di Indonesia, menurut IDF diperkirakan pada tahun 2000 berjumlah 5,6 juta dan pada tahun 2020 nanti akan ada 178 juta penduduk yang berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM sebesar 4,6% akan didapatkan 8,2 juta pasien DM



(Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009). Tingginya angka tersebut menjadikan Indonesia peringkat keempat jumlah penderita DM terbanyak di dunia setelah Amerika Serikat, India, dan Cina (Suyono, 2006).

Untuk propinsi Sumatera Utara sendiri menurut Supriadi (2009), berdasarkan data dari laporan data Surveilens Terpadu Penyakit (STP) tahun 2008 terlihat jumlah kasus DM merupakan kasus terbanyak dengan jumlah kasus 1.717 pasien rawat jalan yang dirawat di rumah sakit dan puskesmas Kabupaten/Kota. Untuk rawat jalan penyakit DM mencapai 918 pasien yang dirawat di 123 rumah sakit seluruh Sumatera Utara dan 998 pasien yang dirawat di 487 puskesmas yang ada di 28 Kabupaten/Kota. Sedangkan pada tahun 2009 pasien mencapai 108 pasien yang dirawat di rumah sakit dan 934 pasien dirawat di puskesmas selama Januari hingga Juni 2009.

Pada pasien DM, kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun, keadaan ini dapat menimbulkan komplikasi baik akut (seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik) maupun kronik (seperti komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neuropati). Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah diagnosa ditegakkan (Smeltzer & Bare, 2008). Komplikasi kronik terjadi pada semua organ tubuh dengan penyebab kematian 50% akibat penyakit jantung koroner dan 30% akibat penyakit gagal ginjal. Selain itu, sebanyak 30% penderita diabetes mengalami kebutaan akibat retinopati, 60%-70% mengalami neuropati dan 10% menjalani amputasi tungkai kaki (LeMone & Burke, 2008; Smeltzer & Bare, 2008).

Komplikasi diabetes dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu genetik, lingkungan, gaya hidup dan faktor yang mengakibatkan terlambatnya pengelolaan DM seperti tidak terdiagnosanya DM, walaupun sudah yang terdiagnosa tetapi tidak menjalani pengobatan secara teratur. Di negara maju terdapat 50% pasien tidak terdiagnosa DM, dan kemungkinan jumlah tersebut lebih besar di negara berkembang seperti Indonesia (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

Menurut Suyono (2006), mengingat jumlah penderita diabetes yang terus meningkat dan besarnya biaya perawatan pasien diabetes yang terutama disebabkan oleh karena komplikasinya, maka upaya yang paling baik adalah melakukan pencegahan. Menurut WHO (1994 dalam Suyono, 2006), upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan kampanye makanan sehat dan penyuluhan bahaya diabetes. Pencegahan sekunder yaitu upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang telah menderita DM dengan pemberian pengobatan dan tindakan deteksi dini penyulit. Pencegahan tersier adalah semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan .

Upaya pencegahan ini memerlukan keterlibatan semua pihak untuk mensukseskannya baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga dan pasien itu sendiri. Perawat sebagai edukator sangat berperan untuk memberikan informasi yang tepat pada penderita DM tentang penyakit, pencegahan, komplikasi, pengobatan, dan pengelolaan DM termasuk didalamnya memberi motivasi dan meningkatkan efikasi diri (Suyono, 2006; Wu et al, 2006).

Efikasi diri merupakan gagasan kunci dari teori sosial kognitif (*social cognitive theory*) yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. Efikasi diri membantu seseorang dalam menentukan pilihan, usaha untuk maju, serta kegigihan dan ketekunan dalam mempertahankan tugas-tugas yang mencakup kehidupan mereka. Menurut Pender (1996, dalam Tomey & Alligood, 2006), efikasi diri adalah keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan perilaku yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkannya. Efikasi diri mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri dan bertindak.

Bandura (1982 dalam Kott, 2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap perawatan dirinya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien DM.

Menurut Bandura (1994), efikasi diri dapat terbentuk dan berkembang melalui empat proses yaitu kognitif, motivasional, afektif dan seleksi. Sumber-sumber efikasi diri dapat berasal dari pengalaman individu, pengalaman orang lain, persuasi sosial serta kondisi fisik dan emosional. Pengalaman dan keberhasilan individu dalam mengelola DM merupakan sumber utama dalam pembentukan efikasi diri pasien. Belajar dari pengalaman orang lain melalui observasi dan meniru perilaku kesehatan yang benar dapat meningkatkan efikasi diri. Dengan persuasi verbal, pasien mendapat pengaruh dan sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah. Kondisi fisik dapat mempengaruhi status emosional, begitu juga sebaliknya, yang dapat mempengaruhi efikasi diri dan kemampuan dalam perawatan diri.

Johnson (1992 dalam Temple, 2003) menyatakan bahwa efikasi diri pada pasien DM tipe 2 menggambarkan suatu kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan yang tepat dalam merencanakan, memonitor dan melaksanakan regimen perawatan sepanjang hidup individu. Efikasi diri pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan pasien untuk mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan dirinya seperti diet, latihan fisik, medikasi, kontrol glukosa dan perawatan DM secara umum (Wu et al., 2006).

Penanganan pasien dengan penyakit kronis saat ini lebih berfokus pada pasien (*patient-centered care*). Petugas kesehatan, termasuk perawat menganggap pasien sebagai orang yang paling tahu kondisi kesehatannya dan menghargai pengalaman subjektif pasien sebagai suatu yang relevan untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses penyembuhan pasien.

Pasien adalah orang yang ikut aktif berperan dalam usaha meningkatkan kesehatannya dimana pasien bekerjasama dengan perawat untuk menentukan intervensi yang tepat dan diperlukan (Rawlins, William & Beck, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut *International Council of Nurses* (ICN, 2010), salah satu model perawatan penyakit kronis yang dikembangkan saat ini adalah *The Chronic Care Model (CCM)* yaitu model perawatan pasien yang menitikberatkan pada interaksi pasien yang terinformasi dan aktif dengan suatu tim kesehatan yang proaktif dan siap melayani. Hal ini berarti hubungan pasien yang termotivasi dan memiliki pengetahuan serta berkeyakinan untuk membuat keputusan mengenai kesehatan mereka dengan tim yang mampu memberikan informasi, motivasi dan sumber-sumber perawatan dengan kualitas yang baik sangat diperlukan. Berdasarkan konsep ini, pasien dengan penyakit kronis membutuhkan dukungan untuk mendapatkan informasi, pengetahuan dan mempertahankan status kesehatannya seoptimal mungkin.

Pengetahuan pasien tentang DM yang rendah dapat mempengaruhi persepsi pasien tentang penyakitnya, motivasi, manajemen koping dan perubahan perilaku (Sousa & Zauseniewski, 2005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50% pasien DM memiliki pengetahuan dan keterampilan perawatan diri yang rendah sebelum diberikan pendidikan diabetes (Atak, Gurkan & Kose, 2008). Pengetahuan yang rendah menyebabkan pasien kurang termotivasi untuk datang ke pelayanan kesehatan karena tidak merasa ada keluhan atau sakit (Pollard, Cardona & Baker, 2002). Pengetahuan yang rendah juga dapat menyebabkan efikasi diri yang rendah dalam perawatan DM (Bernal, Woolley, Schensul & Dickinson, 2000)

Keberhasilan pengelolaan DM tergantung pada motivasi dan kesadaran diri pasien itu sendiri untuk melakukan manajemen perawatan diri yang dirancang untuk mengontrol gejala dan menghindari komplikasi (Goodall & Halford, 1991 dalam Wu et al., 2006). Bandura (1994) mengemukakan bahwa motivasi merupakan salah satu proses pembentukan efikasi diri selain kognitif, afektif dan seleksi. Motivasi merupakan dorongan yang berasal

dari dalam diri maupun dari luar individu untuk melakukan tugas tertentu guna mencapai suatu tujuan.

Motivasi pasien DM dapat berfluktuasi disebabkan oleh perawatan yang lama dan biaya yang besar sehingga dapat menimbulkan masalah psikologis pada pasien seperti frustrasi, cemas dan depresi (Schumacher & Jacksonville, 2005). Masalah psikologis ini dapat mempengaruhi motivasi pasien untuk melakukan perawatan diri. Jika motivasi pasien rendah maka kemungkinan akan mempengaruhi efikasi diri pasien sehingga manajemen perawatan diri DM tidak dapat berjalan dengan baik (Butler, 2002). Untuk itu perawat perlu melakukan upaya untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien DM.

Osborn (2006) melakukan penelitian dengan menggunakan *Information, Motivation and Behavioral Model* (IMB Model) untuk meningkatkan perilaku manajemen diri DM pada 59 responden sebagai kelompok kontrol dan 59 responden sebagai kelompok intervensi. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sebelum dilakukan intervensi kedua kelompok menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi dan perilaku hampir sebagian responden masih rendah, namun setelah pemberian informasi dan motivasi selama 3 bulan pada kelompok intervensi telah terjadi perubahan perilaku ke arah yang lebih baik yaitu pada kepatuhan diet dan latihan fisik serta penurunan HbA1c, sedangkan untuk penurunan berat badan tidak terjadi perubahan yang signifikan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Shigaki et al., (2010) tentang motivasi dan manajemen diri diabetes menunjukkan hasil bahwa individu yang memiliki motivasi yang tinggi akan memiliki frekuensi perawatan diri yang baik terutama untuk diet dan pemeriksaan kadar gula darah. Penelitian tersebut merekomendasikan perlunya dukungan dari semua pihak untuk selalu memotivasi pasien agar terjadi peningkatan manajemen perawatan diri.

Berdasarkan data-data di atas merupakan tantangan yang harus dihadapi oleh tenaga kesehatan khususnya perawat yang berperan sebagai edukator dan

pemberi pelayanan keperawatan untuk membantu meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien DM.

RSUP H. Adam Malik, Medan merupakan rumah sakit pendidikan dan rumah sakit rujukan untuk wilayah propinsi Sumatera Utara maupun propinsi lainnya seperti Nangro Aceh Darussalam. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di poliklinik RSUP H. Adam Malik Medan pada bulan Juni 2010 didapatkan bahwa kasus DM termasuk kedalam sepuluh penyakit terbanyak pada tahun 2009 dan jumlah kunjungan pasien ke poliklinik endokrin pada tahun 2009 setiap bulannya rata-rata 500 pasien baik pasien lama maupun pasien baru. Selain itu peneliti juga melakukan wawancara pada empat orang pasien DM yang sedang rawat jalan, dan kepada kepala instalasi poliklinik RSUP H. Adam Malik Medan.

Dari hasil wawancara pada empat orang pasien tersebut, didapatkan hasil bahwa tiga orang menggunakan jamkesmas dan satu orang menggunakan askes, sebanyak 3 orang merasa kurang yakin untuk melakukan perawatan diri seperti memeriksa glukosa darah mandiri, diet, olah raga dan perawatan kaki. Satu orang diantara mereka mengalami luka DM di kaki kanan dan satu orang lainnya mengalami gangguan penglihatan (penglihatan sudah kurang jelas). Semua pasien mengatakan motivasinya menjalani pengobatan atas kesadaran sendiri dan dukungan dari keluarga. Pasien mengatakan masih sulit untuk mengontrol makanan jika berada di luar rumah dan motivasi untuk berolah raga kurang.

Dari wawancara dengan kepala instalasi poliklinik didapatkan hasil bahwa penyuluhan kesehatan terstruktur tentang DM dan penanganannya memang masih kurang dilakukan oleh perawat, selain itu perawat juga belum menjalani konseling DM dengan optimal. Hal ini disebabkan karena perawat lebih banyak melaksanakan tugas administratif terkait kebutuhan pasien, melakukan perawatan atau tindakan fisik, dan berburu waktu dengan jumlah pasien yang banyak karena poliklinik endokrin hanya dibuka pada hari Senin, Rabu dan Kamis saja.

## **1.2. Rumusan Masalah**

DM merupakan penyakit kronis yang memerlukan perawatan yang berkesinambungan guna mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal serta mencegah dan mengurangi resiko komplikasi. Pasien DM tipe 2 harus memiliki pengetahuan yang benar, motivasi yang kuat dan efikasi diri yang tinggi dalam perawatan DM. Berdasarkan hasil wawancara pada beberapa pasien diketahui bahwa motivasi pasien masih kurang dalam perawatan diri dan pasien kurang yakin akan kemampuannya untuk melakukan perawatan diri seperti melakukan pemeriksaan gula darah sendiri, pengontrolan diet dan olah raga, dengan kata lain, efikasi diri pasien masih kurang terhadap perawatan DM. Oleh karena itu, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik Medan.

## **1.3. Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 setelah dikontrol oleh faktor pengganggu di RSUP H. Adam Malik Medan.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosioekonomi, status pernikahan, dan lamanya didiagnosa DM.
- b. Mengidentifikasi motivasi pasien DM tipe 2
- c. Mengidentifikasi efikasi diri pasien DM tipe 2
- d. Mengidentifikasi hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- e. Mengidentifikasi hubungan faktor potensial pengganggu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, sosioekonomi, status

pernikahan, lamanya didiagnosa DM, dukungan keluarga dan depresi) terhadap efikasi diri pasien DM tipe 2

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

a. Pelayanan keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi sebagai dasar dalam pengembangan asuhan keperawatan khususnya pada pasien DM dan dapat diaplikasikan pada tatanan pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun di komunitas dengan menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan, motivasi dan efikasi diri pasien serta pelibatan pasien dalam pengelolaan penyakitnya.

Penelitian ini juga dapat dijadikan rujukan ilmiah dan pemicu dalam usaha meningkatkan promosi kesehatan kepada pasien melalui pendidikan diabetes yang terstruktur termasuk didalamnya tentang efikasi diri, meningkatkan pengetahuan dan keikutsertaan pasien dalam melakukan perawatan diri sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien.

b. Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memperkaya khasanah keilmuan keperawatan khususnya tentang efikasi diri serta penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data dasar untuk penelitian lebih lanjut yang berfokus pada efikasi diri pasien DM, dengan desain dan metodologi yang berbeda.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan mengemukakan tinjauan pustaka yang berhubungan dengan DM, motivasi, efikasi diri dan kerangka teori.

#### **2.1. Diabetes Mellitus (DM)**

##### **2.1.1. Definisi**

DM merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah (hyperglikemia) akibat dari kelainan *sekresi* insulin, aksi insulin atau keduanya (ADA, 2004, dalam Smeltzer & Bare, 2008). DM merupakan sekelompok penyakit yang dikarakteristikan oleh hyperglikemia akibat dari kelainan *sekresi* insulin, kerja insulin atau kedua (Lemone & Burke, 2008). DM merupakan penyakit kronis yang memerlukan pengawasan medis dan edukasi perawatan diri pasien secara kontinyu.

Jadi DM merupakan sekelompok penyakit sistemik kronis yang berkaitan dengan gangguan insulin tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa darah (hyperglikemia).

##### **2.1.2. Faktor-Faktor Resiko Diabetes Mellitus**

Faktor-faktor risiko DM tipe 2 meliputi :

- a. Riwayat keluarga dengan DM (khususnya orang tua atau saudara kandung)

Anak dari penderita DM tipe 2 mempunyai peluang menderita DM tipe 2 sebanyak 15% dan 30% resiko berkembang intoleransi glukosa (ketidakmampuan memetabolisme karbohidrat secara normal) (Lemone & Burke (2008).

b. Obesitas (berat badan  $\geq 20$  % berat ideal, atau BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>)

Obesitas khususnya pada tubuh bagian atas, menyebabkan berkurangnya jumlah sisi reseptor insulin yang dapat bekerja di dalam sel pada otot skeletal dan jaringan lemak. Prosesnya disebut sebagai resistensi insulin perifer. Obesitas juga merusak kemampuan sel beta untuk melepaskan insulin saat terjadi peningkatan glukosa darah (Smeltzer & Bare, 2008; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

c. Usia

Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Perubahan dimulai dari tingkat sel, berlanjut pada tingkat jaringan dan akhirnya pada tingkat organ yang dapat mempengaruhi fungsi homeostasis. Pernah teridentifikasi gula darah dan test toleransi glukosa meningkat.

d. Hipertensi ( $\geq 140/90$  mmHg)

e. Aktivitas

Aktivitas fisik berdampak terhadap aksi insulin pada orang yang beresiko DM. Suyono (dalam Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009) menjelaskan bahwa kurangnya aktifitas merupakan salah satu faktor yang ikut berperan menyebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2.

f. Kadar HDL kolesterol  $\leq 35$  mg/dL(0,09mmol/L) dan atau kadar trigliserida  $\geq 259$  mg/dl(2,8 mmol/L)

g. Riwayat diabetes gestasional atau melahirkan bayi  $> 4$  kg

### 2.1.3. Klasifikasi

Menurut ADA (2004), dalam Smeltzer & Bare (2008). Terdapat empat jenis utama DM, terdiri dari:

a. DM tipe 1

Terjadi sebanyak 5-10% dari semua DM. Sel beta pankreas yang menghasilkan insulin dirusak oleh proses *autoimmune*. Sehingga pasien memproduksi insulin dalam jumlah yang sedikit atau tidak ada, dan memerlukan terapi insulin untuk mengontrol kadar glukosa darah pasien. DM tipe 1 dicirikan dengan *onset* yang akut dan biasanya terjadi pada usia < 30 tahun.

b. DM tipe 2

DM tipe 2 mengenai 90-95% pasien dengan DM. Pada DM tipe ini, individu mengalami penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) dan kegagalan fungsi sel beta yang mengakibatkan penurunan produksi insulin. Insidensi terjadi lebih umum pada usia >30 tahun, obesitas, herediter dan faktor lingkungan.

c. DM tipe lain

Diabetes dapat berkembang dari gangguan dan pengobatan lain. Kelainan genetik dalam sel beta dapat memicu berkembangnya DM. Beberapa hormon seperti hormon pertumbuhan, kortisol, glukagon dan epinephrine bersifat antagonis atau melawan kerja insulin. Kelebihan jumlah hormon-hormon tersebut, dapat menyebabkan terjadinya DM. Tipe ini Terjadi sebanyak 1-2% dari semua DM (Black & Hawks, 2005).

d. Gestasional diabetes

DM yang timbul selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon plasenta yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa. Terjadi pada 2-5 % semua wanita hamil tetapi hilang saat melahirkan. Resiko terjadi pada wanita dengan anggota keluarga riwayat DM dan obesitas.

#### 2.1.4. Manifestasi Klinis

Smeltzer dan Bare (2008) menyebutkan bahwa manifestasi klinis dari pasien DM tergantung pada derajat hiperglikemia pasien. Manifestasi klasik dari semua jenis DM adalah 3P yaitu *poliuria*, *polidipsi* dan *poliphagi*. *Poliuria* (terjadinya peningkatan jumlah dan frekuensi urine). Hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang berdampak pada peningkatan jumlah dan frekuensi buang air kecil. *Polidipsia* (terjadi peningkatan rasa haus). Hal ini terjadi akibat kelebihan pengeluaran cairan karena proses diuresis osmotik. *Poliphagia* (peningkatan nafsu makan yang diakibatkan dari keadaan katabolisme yang dipicu oleh kekurangan insulin dan pemecahan lemak dan protein).

Gejala lain pasien DM meliputi kelelahan, penurunan berat badan, kelemahan perubahan penglihatan yang tiba-tiba, geli atau kebas pada tangan dan kaki, kulit kering, luka pada kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi yang berulang (Lemone & Burke, 2008; Smeltzer & Bare, 2008).

#### 2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis DM dapat dilakukan dengan melihat manifestasi berupa: Gejala klasik DM (*polyuria*, *polydipsia*, *polyfagia*, penurunan berat badan tanpa sebab) dan kadar glukosa darah sewaktu  $\geq 200$  mg/dL (11.1 mmol/L), atau gejala klasik DM dan kadar glukosa darah puasa  $\geq 126$  mg/dL (7.0 mmol/L), atau gejala klasik DM dan kadar glukosa darah 2 jam setelah dilakukan test toleransi glukosa oral (setelah meminum 75 gram glukosa yang dilarutkan dalam air)  $\geq 200$  mg/dL (11.1 mmol/L) (PERKENI, 2006).

Pemeriksaan lain untuk memantau rata-rata kadar glukosa darah adalah glikosilat hemoglobin (HbA1c). Pemeriksaan ini menunjukkan kadar glukosa darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai dengan usia eritrosit. HbA1c digunakan untuk mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi risiko komplikasi. Hasil HbA1c

tidak berubah karena pengaruh kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan HbA1c dilakukan untuk diagnosis dan pada interval tertentu untuk mengevaluasi penatalaksanaan DM, direkomendasikan minimal dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien DM yang telah mencapai target tetap (kendali glukosa stabil). Pada pasien yang terapinya diubah atau yang belum mencapai target kendali glukosa, pemeriksaan HbA1C sebaiknya dilakukan 4 kali setahun (PERKENI, 2006)

### 2.1.7. Komplikasi

Komplikasi DM terbagi dua berdasarkan lama terjadinya yaitu: komplikasi akut dan komplikasi kronis (Lemone & Burke, 2008; Smeltzer & Bare, 2008; Black & Hawks, 2005).

#### a. Komplikasi akut

Terdapat 3 komplikasi akut utama pada pasien DM berhubungan dengan ketidak seimbangan singkat kadar glukosa darah, yaitu berupa: hipoglikemia, diabetik ketoasidosis, dan hiperglikemia hiperosmolar nonketosis

#### b. Komplikasi Kronis

Komplikasi jangka panjang menjadi lebih umum terjadi pada pasien DM saat ini sejalan dengan penderita DM yang bertahan hidup lebih lama. Komplikasi jangka panjang mempengaruhi hampir semua sistem tubuh dan menjadi penyebab utama ketidakmampuan pasien. Katagori umum komplikasi jangka panjang terdiri dari penyakit makrovaskuler dan penyakit mikrovaskuler dan neuropati.

##### 1). Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi makrovaskuler diabetes diakibatkan dari perubahan pembuluh darah yang sedang hingga yang besar. Dinding pembuluh darah menebal, sklerosis, dan menjadi oklusi oleh *plaque* yang menempel di dinding pembuluh darah. Biasanya terjadi

sumbatan aliran darah. Perubahan *aterosclerotic* ini cenderung dan sering terjadi pada pasien usia lebih muda, dan DM tidak stabil. Jenis komplikasi makrovaskuler yang paling sering terjadi adalah : penyakit arteri koroner, penyakit cerebrovaskuler, dan penyakit vaskuler perifer.

## 2). Komplikasi Mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler pada pasien DM melibatkan kelainan struktur dalam membran dasar pembuluh darah kecil dan kapiler. Membran dasar kapiler diliputi oleh sel endotel kapiler. Kelainan ini menyebabkan membran dasar kapiler menebal, seringkali mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Perubahan membran dasar diyakini disebabkan oleh salah satu atau beberapa proses berikut; adanya peningkatan jumlah sorbitol (suatu zat yang dibuat sebagai langkah sementara dalam perubahan glukosa menjadi fruktosa), pembentukan glukoprotein abnormal, atau masalah pelepasan oksigen dari hemoglobin (Porth, 2005 dalam LeMone & Burke, 2008). Dua area yang dipengaruhi oleh perubahan ini adalah retina dan ginjal. Komplikasi mikrovaskuler di retina disebut retinopati diabetik. Sedangkan komplikasi mikrovaskuler di ginjal disebut nefropati diabetik.

## 3). Neuropati

Neuropati diabetik menjelaskan sekelompok gejala penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, meliputi saraf perifer, otonom dan spinal. Neuropati merupakan perburukan yang progresif dari saraf yang diakibatkan oleh kehilangan fungsi saraf.

### 2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut Konsensus Pencegahan dan Pengelolaan Diabetes Mellitus di Indonesia tahun 2006 (PERKENI 2006), pilar penatalaksanaan DM meliputi edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologis. Pengelolaan DM dimulai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani selama beberapa waktu (2-4 minggu). Apabila kadar glukosa darah belum mencapai sasaran, dilakukan intervensi farmakologis dengan obat hipoglikemik oral (OHO) dan atau suntikan insulin. Pada keadaan tertentu, OHO dapat segera diberikan secara tunggal atau langsung kombinasi, sesuai indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik yang berat, misalnya ketoasidosis, stres berat, berat badan menurun dengan cepat, adanya ketonuria, insulin dapat segera diberikan. Pengetahuan tentang pemantauan mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia dan cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien, sedangkan pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri, setelah mendapat pelatihan khusus.

#### a. Edukasi

DM merupakan penyakit kronik, yang membutuhkan pengaturan perilaku khusus sepanjang hidup. Berbagai faktor dapat mempengaruhi pengendalian DM seperti aktivitas fisik, stress emosi dan fisik sehingga pasien harus belajar untuk menyeimbangkan berbagai faktor tersebut. Pasien harus belajar tentang keterampilan merawat diri untuk mencegah fluktuasi akut kadar glukosa darah. Pasien juga harus bekerjasama untuk perubahan gaya hidup guna mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang DM (Smeltzer & Bare, 2008)

Edukasi DM adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien DM guna menunjang perubahan perilaku, meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakitnya,

sehingga tercapai kesehatan yang optimal, penyesuaian keadaan psikologis dan peningkatan kualitas hidup (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

Menurut Funnell et al., (2010), *Diabetes Self-Management Education (DSME)* merupakan suatu bagian penting dari perawatan pasien DM dan dibutuhkan untuk memperbaiki kesehatan pasien. Yang menjadi pertimbangan dalam standar DSME adalah: 1) Penyuluhan DM efektif untuk memperbaiki hasil klinis dan kualitas hidup dalam jangka waktu yang singkat, 2) DSME dikembangkan dari presentasi yang bersifat didactic kepada yang lebih teoritis berdasarkan beberapa model yang kuat, 3) Tidak ada program atau pendekatan edukasi yang lebih baik; program yang menunjukkan strategi perubahan perilaku dan psikososial dapat mempengaruhi hasil. Studi lain menunjukkan bahwa dengan pendekatan kultur dan usia dapat memperbaiki hasil dan edukasi tersebut lebih efektif, 4) dukungan terus menerus merupakan hal yang penting untuk mempertahankan kemajuan partisipan selama program DSME, 5) perilaku berdasarkan tujuan merupakan strategi yang efektif untuk mendukung perilaku manajemen diri.

Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan tingkat lanjut. Materi edukasi tingkat awal meliputi perjalanan penyakit DM, perlunya pengendalian DM, penyulit DM dan resikonya, terapi farmakologis dan nonfarmakologis, interaksi makanan, aktivitas, dan obat-obatan, cara pemantauan glukosa darah mandiri, pentingnya latihan jasmani, perawatan kaki dan cara mengatasi hipoglikemi. Sedangkan materi edukasi lanjut meliputi mengenal dan mencegah penyulit akut DM, penatalaksanaan DM selama menderita penyakit lain, makan di luar rumah, rencana untuk kegiatan khusus dan hasil penelitian terkini dan teknologi mutakhir (PERKENI, 2006).



b. Perencanaan Makan/Terapi Gizi Medis

Perencanaan makan dan pengendalian berat badan merupakan dasar bagi penatalaksanaan DM tipe 2. Prinsip pengaturan makan pada pasien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada pasien DM perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin (PERKENI, 2006).

Bagi pasien yang obesitas, penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan DM. Secara umum penurunan berat badan bagi individu obesitas merupakan faktor utama untuk mencegah timbulnya penyakit DM. Obesitas akan disertai peningkatan terhadap insulin dan merupakan salah satu faktor etiologi yang menyertai DM tipe 2.

Perhitungan kebutuhan kalori menggunakan rumus Brocca yaitu :

Berat badan ideal (BBI) = (TB-100)-10%

Status gizi: BB kurang (BB < 90% BBI), BB normal (BB = 90-110% BBI), BB lebih (BB = 110-120% BBI), BB gemuk (BB >120% BBI)

Contoh perhitungan kalori dengan rumus Brocca:

BBI = (TB-100)-10% dikalikan dengan kebutuhan kalori untuk metabolisme basal (30 kkal/kgBB untuk pria; 25 kkal/kgBB untuk wanita). Penambahan kalori 10-30% aktifitas, bila gemuk dikurangi 20-30%, bila kurus ditambah 20-30%, untuk umur dikurangi 5-20% (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

Makanan dibagi atas 3 porsi besar: pagi (20%), siang (30%), sore (25%) dan sisa untuk *snack* diantara makan pagi-siang dan siang-sore. Selanjutnya perubahan disesuaikan dengan pola makan pasien.

Standar yang dianjurkan untuk komposisi makanan adalah: Karbohidrat (KH) 45-65%, Protein 10-20%, Lemak 20-25% total asupan energi, Natrium 6-7 gr (1 sendok teh), serat  $\pm$  25g/1000 kkal/hari dan pemanis aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (PERKENI, 2006).

c. Latihan jasmani/olahraga

Latihan jasmani sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan jasmani akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Efek ini sangat bermanfaat pada DM karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi stress dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan jasmani juga akan mengubah kadar lemak darah yaitu meningkatkan kadar HDL-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida. Semua manfaat ini sangat penting bagi pasien DM mengingat adanya peningkatan resiko untuk terkena penyakit kardiovaskuler (Smeltzer & Bare, 2008).

Pada saat pasien akan mengikuti suatu kegiatan olah raga sebaiknya dilakukan pemeriksaan kesehatan (medis) dan faal (kebugaran) terlebih dahulu untuk menentukan tingkat kebugaran serta kondisi metabolik pasien (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).

Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur, dan status kesegaran jasmani (PERKENI, 2006). Informasi yang perlu disampaikan pada pasien sebelum melakukan olahraga adalah: cek gula darah sebelum olah raga, cek apakah butuh tambahan glukosa, hindari dehidrasi, minum 500 cc, diperlukan teman selama berolah

raga, pakai selalu tanda pengenal sebagai diabetisi, selalu bawa makanan sumber glukosa cepat: permen, *jelly*, makan *snack* sebelum mulai, jangan olah raga jika merasa 'tak enak badan' dan gunakan alas kaki yang baik (Ilyas, 2007 dalam Soegondo, Soewondo & Subekti, 2007).

d. Intervensi Farmakologis

Intervensi farmakologis ditambahkan jika sasaran kadar glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Intervensi farmakologis meliputi: OHO (Obat Hipoglikemik Oral) dan atau insulin. Menurut PERKENI (2006), intervensi farmakologis tersebut adalah sebagai berikut:

1). Obat hipoglikemia oral (OHO)

Digolongkan berdasarkan cara kerjanya: pemicu sekresi insulin/secretagogue (sulfonilurea dan glinid), penambah sensitifitas terhadap insulin: metformin dan tiazolidindion, penghambat glukoneogenesis (metformin) dan penghambat absorpsi glukosa.

a). Sulfonil urea

Bekerja dengan cara meningkatkan sekresi insulin; semua Sulfonilurea meningkatkan berat badan dan berisiko menyebabkan hipoglikemi; menurunkan GDP sampai 50–70 mg/dl dan menurunkan HbA1c sampai 0.8–1.7%; semua obat menyebabkan hipoglikemi berat, maka dosis yang diberikan sekecil mungkin dan harus dimonitor GDP sampai 110-140 mg/dL; generasi pertama (Tolbutamide, Acetohexamide, Tolazamide, and Chlorpropamide); sudah tidak digunakan lagi (terutama di US) karena meningkatkan reaksi obat dengan obat lain; sangat kuat efek hipoglikeminya (Chlorpropamide): hanya dimetabolisme sebagian sisa obat dapat terakumulasi pada ginjal

sehingga pada pasien gangguan ginjal menyebabkan hipoglikemi memanjang dan berat.

b). Biguanid

Mekanisme kerja terutama menurunkan pengeluaran glukosa hati; mampu meningkatkan sensitifitas terhadap insulin dengan meningkatkan aktifitas reseptor insulin tirosin kinase, meningkatkan sistesis glikogen dan meningkatkan transport glukosa transporter ke dalam plasma membran. Contoh: Metformin. Mampu menurunkan GDP sampai 50–70 mg/dl dan HbA1c sampai 1.4–1.8%; tidak begitu berbahaya dalam menyebabkan hipoglikemi; efek samping yang sering terjadi: ketidak nyamanan GI dan mual. Hampir 0.03 kasus/1,000 pasien-tahun, mengalami asidosis laktat terutama pada pasien yang mengalami renal insufisiensi dan gangguan hati; metformin tidak direkomendasikan untuk pasien dengan kreatinin >1.5 mg/dl; baik digunakan bagi pasien gemuk.

2). Insulin

Insulin terapi harus diberikan pada pasien DM tipe 1. Insulin terapi dapat diberikan pada pasien DM tipe 2 jika diet, latihan dan OHO belum mampu mengontrol gula darah, atau diberikan pada pasien DM tipe 2 fase akut yang disertai dengan stress dan infeksi seperti pasien DM tipe 2 dengan gangren atau dengan komplikasi (Lemone & Burke, 2008).

## 2.2. Motivasi

### 2.2.1. Definisi

Marguis dan Houston (2006) mengemukakan bahwa motivasi adalah perilaku individu untuk memuaskan kebutuhannya, karena manusia pada dasarnya memiliki kebutuhan dan kemauan. Motivasi juga merupakan pikiran seseorang dalam memandang tugas atau tujuannya. Swansburg dan

Swansburg (1999) menyatakan motivasi sebagai konsep yang menjelaskan perilaku maupun respon instrinsik yang ditujukan dalam perilaku. Sedangkan Robbins (2001) mendefinisikan motivasi sebagai suatu proses untuk menjelaskan intensitas, arah dan ketekunan individu untuk mencapai tujuannya.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah keadaan dalam diri seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan tugas tertentu guna mencapai suatu tujuan. Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai keputusan.

### 2.2.2. Teori Motivasi

Berikut akan diuraikan beberapa teori motivasi, antara lain *Self-Determination Theory (SDT)* dan *Social Cognitive Theory (SCT)*

#### 1) *Self-Determination Theory (SDT)*

Teori ini dikembangkan oleh Richard Ryan dan Edward Deci pada tahun 1985. *Self-Determination Theory (SDT)* merupakan teori komprehensif dari motivasi manusia yang berfokus pada perkembangan dan fungsi perilaku dalam konteks sosial. Motivasi atau energi untuk beraktivitas merupakan komponen penting dalam *Self-Determination Theory (SDT)*, dan dipercaya dapat memelihara perilaku dan perubahannya. *Self-Determination Theory (SDT)* mengemukakan dua tipe motivasi yaitu motivasi intrinsik (*autonomous motivation*) dan motivasi ekstrinsik (*controlled motivation*) (Deci & Ryan, 1985 dalam Butler, 2002).

Pada motivasi intrinsik, individu melakukan aktivitas didasarkan pada pilihan dan minat yang disenanginya daripada pengaruh atau tekanan dari luar. Pilihan individu ini menjadi dasar suatu kesadaran akan kebutuhan mereka dan interpretasi dari lingkungan. Individu terbebas dari tekanan dan imbalan dari luar yang didesain untuk mengontrol

prilaku, bukan tidak mungkin ada pengaruh dari luar, namun individu harus mampu beradaptasi dan mempertahankan otonominya. Individu yang secara intrinsik termotivasi akan secara langsung melakukan perawatan dirinya dan memelihara kesehatannya (seperti kontrol gula darah dan pencegahan komplikasi).

Prilaku yang meliputi pemenuhan kebutuhan karena ada tekanan interpersonal dan bergantung pada imbalan dan sanksi sebagai kontrol eksternal merupakan karakteristik dari motivasi ekstrinsik. Menurut SDT, pusat orientasi motivasi ekstrinsik ini adalah penerimaan atau konflik nyata atau perebutan kekuasaan antara yang mengontrol (pemberi perawatan dan keluarga) dengan yang dikontrol (pasien).

SDT mengidentifikasi bahwa ada 3 kebutuhan menetap yang jika dicukupi akan tumbuh dan berfungsi dengan maksimal, yaitu

- a. Kompetensi: merujuk pada kemampuan dimana manusia bisa menyikapi sesuai dengan tempat atau lingkungan ia berada
- b. Keterikatan: keinginan universal untuk berinteraksi, berhubungan dan disayangi oleh orang lain.
- c. Otonomi: dorongan universal untuk mengontrol diri sendiri yang bukan dari luar.

SDT telah dikembangkan dan diteliti melalui 5 mini teori yang akan membentuk teori utamanya (Ryan, 2009). Kelima subteori tersebut adalah:

a. *Cognitive Evaluation Theory (CET)*

CET adalah subteori yang mengkhususkan pada faktor-faktor yang menjelaskan motivasi intrinsik dan variasinya. Subteori ini juga melihat bagaimana faktor sosial dan lingkungan membantu atau menekan motivasi intrinsik. CET memfokuskan pada kompetensi dan otonomi. Menurut teori ini, feedback akan

memunculkan perasaan mampu (kompetensi) dan meningkatkan motivasi intrinsik. Akan tetapi kompetensi harus dibarengi otonomi jika seseorang ingin prilakunya didorong oleh motivasi intrinsik. CET dan motivasi intrinsik juga dihubungkan dengan keterikatan (*relatedness*) melalui hipotesa bahwa motivasi intrinsik akan berkembang jika dikembangkan dengan perasaan aman dan keterikatan.

*b. Organismic Integration Theory (OIT)*

Deci dan Ryan (1985), mengembangkan OIT sebagai subteori dari SDT untuk mengembangkan munculnya motivasi ekstrinsik. OIT mejabarkan 4 jenis motivasi ekstrinsik yang berbeda yaitu:

- 1) *External regulated behavior*: perilaku yang terjadi karena motivasi ini terjadi berhubungan dengan permintaan dari luar atau imbalan
- 2) *Introjected regulation of behavior*: dideskripsikan sebagai regulasi yang memunculkan perilaku tapi tidak benar-benar dianggap sebagai regulasi diri sendiri. SDT mengklaim bahwa regulasi jenis ini biasanya didorong oleh harga diri. Ini adalah jenis perilaku dimana orang termotivasi untuk menunjukkan kemampuannya untuk harga diri mereka.
- 3) *Regulation through identification*. Regulasi ini adalah bentuk motivasi ekstrinsik yang didorong oleh otonomi, misalnya jika aktivitas yang akan dilakukan melibatkan keyakinan akan tujuan yang dianggap penting
- 4) *Integrated regulation*: bentuk motivasi ekstrinsik yang paling memiliki otonomi. Regulasi ini terjadi jika regulasi berasimilasi dengan diri sendiri sehingga regulasi ini ikut dalam evaluasi dan kepercayaan pada kebutuhan pribadi. Regulasi ini hampir sama dengan motivasi intrinsik tapi masih

dikategorikan ekstrinsik karena tujuan yang ingin dicapai masih berada di luar dirinya bukan kesenangan atau minat yang dirasakan.

c. *Causality Orientations Theory (COT)*

Mini teori ini menjabarkan perbedaan yang ada pada tiap individu tentang bagaimana aspek yang berbeda. Ketika orang tersebut memiliki otonomi, dia akan bertindak pada apa yang dia nikmati dan bertindak sesuai dengan yang dia senangi itu. Ketika yang terjadi sebaliknya, dia tidak memiliki otonomi, dia bertindak terutama karena control sosial dan adanya imbalan.

d. *Basic Psychological Needs Theory (BPNT)*

Menjelaskan tentang konsep kebutuhan dasar dengan menghubungkannya dengan kesejahteraan. BPNT menyatakan bahwa tiap kebutuhan manusia memunculkan efek pada kesejahteraan dan efek itu tidak saling berkaitan.

e. *Goal Content Theory (GCT)*

Riset membuktikan bahwa materialis dan tujuan ekstrinsik tidak meningkatkan kepuasan, dan oleh karena itu tidak memunculkan *well-being*, bahkan ketika seseorang berhasil mencapai tujuan tersebut. Sebaliknya, tujuan seperti hubungan yang mendalam, perkembangan pribadi dan berkontribusi pada komunitasnya merupakan hal yang mendukung kebutuhan akan kepuasan yang akhirnya mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan.

Menurut SDT (Deci & Ryan, 1987 dalam Ryan, 2009), individu yang mendasarkan tindakannya dari sumber yang bukan mekanisme internal kemungkinan akan mengalami tekanan. Sebaliknya individu yang memiliki otonomi cenderung untuk menjadi inisiator daripada pengikut.



## 2) *Social Cognitive Theory (SCT)*

Menurut Bandura (1997 dalam DaSilva, 2003), motivasi adalah:

*“A general construct that encompasses a system of self regulatory mechanisms. Attempts to explain the motivational source of behavior must specify the determinants and intervening mechanism the three main feature of motivation: selection, activation and sustained behavior toward certain goals”*

Dari perspektif efikasi diri, seseorang memotivasi dirinya berdasarkan pada tujuan, aspirasi dan perubahan, hasil yang diharapkan, perilaku yang menghasilkan efek yang baik, biaya dan keuntungan yang didapatkan dan apa yang mereka terima sebagai penyebab dari keberhasilan atau kegagalan.

Menurut teori sosial kognitif, motivasi manusia diregulasi dari pengalaman sebelumnya dan dipengaruhi oleh 3 motivator yang menstimulasi diri sendiri untuk bermacam-macam tujuan dan aspirasi yaitu atribut, ekspektasi dan tujuan. Pertama, atribut: bagaimana individu memaknai kesuksesan dan kegagalan mereka. Kedua, motivasi merupakan fungsi dari ekspektasi individu dan pola perilaku yang akan menghasilkan suatu *outcome* sesuai yang diharapkan. Ketiga, adalah tujuan, untuk mendapatkan efek motivasi, individu harus mempunyai tujuan dan berbagai perubahan pada beberapa standar sehingga mereka dapat mengevaluasi diri mereka sendiri (DaSilva, 2003)

Pendekatan kognitif menurut Bandura memberi kesan bahwa individu dapat dimotivasi untuk tampil baik, tidak hanya dikarenakan hadiah/*reward* tapi disebabkan oleh minat, keinginan, kebutuhan untuk mendapatkan informasi atau untuk memecahkan masalah atau keinginan untuk mengerti.

Minat ini berfokus pada ide-ide seperti motivasi internal individu mencapai sesuatu, atribusi mereka (persepsi tentang sebab-sebab kesuksesan dan kegagalan terutama persepsi bahwa usaha adalah faktor penting dalam prestasi) dan keyakinan bahwa mereka dapat mengontrol lingkungan secara efektif. Perspektif kognitif menekankan arti penting dari penentuan tujuan, perencanaan dan monitoring menuju suatu tujuan (Schunk & Ertmer, 2000 dalam Jamdafrizal, 2006).

### **2.2.3. Mengukur Motivasi**

Pengukuran motivasi pasien DM tipe 2, salah satunya dikembangkan oleh William, Freedman dan Deci (1998 dalam Butler, 2002) menggunakan *Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ)*. TSRQ mengukur motivasi otonomi (intrinsik) dan motivasi kontrol (ekstrinsik). TSRQ pada mulanya digunakan untuk mengkaji perilaku sehat secara umum seperti alasan perubahan diet dan latihan fisik serta alasan berhenti merokok (William, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996 dalam Butler, 2002). Sesuai perkembangannya maka dikembangkan TSRQ khusus untuk diabetes. TSRQ terdiri dari 19 item untuk mengukur motivasi otonomi dan kontrol, yang meliputi medikasi, pemeriksaan gula darah, diet dan latihan teratur. Instrumen ini terdiri dari 7 poin skala likert yaitu 1 untuk tidak benar sampai 7 untuk sangat benar. Nilai total yang tinggi merefleksikan motivasi yang baik (Butler, 2002)

## **2.3. Efikasi Diri (*Self Efficacy*)**

### **2.3.1. Definisi**

Pender (1996 dalam Tomey & Alligood, 2006) menegaskan bahwa efikasi diri mengacu pada keyakinan seseorang akan kemampuan diri dalam mengatur dan melakukan tindakan/kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan. Menurut efikasi diri, perilaku dipengaruhi oleh proses kognitif melalui masukan dan berbagai sumber informasi efikasi, pengaruh keberhasilan,

regulasi perilaku dan motivasi untuk melakukan berbagai tugas yang berhubungan dengan perilaku (Temple, 2003).

Efikasi diri merupakan persepsi individu akan kemampuannya untuk melakukan tugas spesifik dengan sukses. Efikasi diri merupakan jalan untuk melihat hubungan antara bagaimana seseorang berfikir tentang tugas-tugas dan cara menyelesaikan tugas-tugas tersebut (Bernal, Whoolley, Schenzul & Dickinson, 2000)

Bandura (1994) mendefinisikan efikasi diri sebagai berikut:

*“Perceived self-efficacy is defined as people beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over event that effect their lives. Self efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and believe such beliefs produce there diverse effect throught four major processes. They include cognitive, motivational affective and selection processes”.*

Schwarzer (1992 dalam Jerusalem dan Schwarzer, 1993) menyebutkan bahwa efikasi diri secara umum (*general self efficacy*) merefleksikan suatu keyakinan diri yang optimis bahwa seseorang mampu menyelesaikan tugas yang sulit atau menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi dalam berbagai situasi. Efikasi diri memfasilitasi penyusunan tujuan, alternatif tindakan dalam upaya untuk mengatasi hambatan yang mungkin terjadi. Efikasi diri merupakan sebuah konstruksi yang bersifat operasional sehingga sangat relevan untuk diterapkan dalam praktek klinik dan perbaikan perilaku.

Menurut Johnson (1992 dalam Temple, 2003) efikasi diri pada pasien diabetes menggambarkan suatu kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan yang tepat dalam merencanakan, memonitor dan melaksanakan regimen perawatan sepanjang hidup individu. Hal senada juga disampaikan oleh Stipanovic (2002) bahwa efikasi diri merujuk pada keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk memonitor,

merencanakan, melaksanakan, dan mempertahankan perilaku perawatan diri untuk mengontrol diabetes yang dideritanya.

Bandura (1982 dalam Kott, 2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien DM.

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa efikasi diri (*self efficacy*) merupakan suatu keyakinan individu akan kemampuan dirinya untuk melakukan tugas-tugas perawatan diri dan berusaha untuk mencapai tujuannya dengan baik. Secara khusus, efikasi diri pada pasien diabetes dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan klien akan kemampuannya untuk mengelola, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga memiliki kualitas hidup yang baik.

### **2.3.2. Sumber-Sumber Efikasi Diri**

Menurut Bandura (1994) efikasi diri seseorang berkembang melalui empat sumber utama yaitu pengalaman pribadi/ pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal serta kondisi fisik dan emosional:

- a. Pengalaman langsung dan pencapaian prestasi (*enactive attainment and performance accomplishment*).

Hal ini merupakan cara paling efektif untuk membentuk efikasi diri yang kuat. Seseorang yang memiliki pengalaman sukses cenderung menginginkan hasil yang cepat dan lebih mudah jatuh karena kegagalan. Beberapa kesulitan dan kegagalan diperlukan untuk membentuk individu yang kuat dan mengajarkan manusia bahwa kesuksesan membutuhkan suatu usaha, seseorang yang memiliki keyakinan akan sukses mendorongnya untuk bangkit dan berusaha untuk mewujudkan kesuksesan tersebut.

b. Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain dan meniru perilakunya untuk mendapatkan seperti apa yang didapatkan oleh orang lain tersebut.

c. Persuasi Verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Dengan persuasi verbal, individu mendapat sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah–masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dengan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut dan sebaliknya seseorang dapat menjadi gagal karena pengaruh atau sugesti buruk dari lingkungannya.

d. Kondisi fisik dan emosional (*physiological and emosional state*)

Kelemahan, nyeri dan ketidaknyamanan dianggap sebagai hambatan fisik yang dapat mempengaruhi efikasi diri, kondisi emosional juga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan terkait efikasi dirinya.

### 2.3.3. Proses Pembentukan Efikasi Diri

Menurut Bandura (1994) efikasi diri terbentuk melalui empat proses, yaitu: kognitif, motivasional, afektif dan seleksi yang berlangsung sepanjang kehidupan.

a. Proses Kognitif

Efikasi diri mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebagian besar individu akan berpikir dahulu sebelum melakukan sesuatu tindakan, seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan cenderung berperilaku sesuai dengan yang diharapkan dan memiliki komitmen untuk mempertahankan perilaku tersebut.

b. Proses Motivasional

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan melakukan perilaku yang mempunyai tujuan didasari oleh aktifitas kognitif. Berdasarkan teori

motivasi, perilaku atau tindakan masa lalu berpengaruh terhadap motivasi seseorang. Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Disamping itu, kemampuan seseorang untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya.

c. Proses Afektif

Efikasi diri juga berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. Keyakinan seseorang akan kemampuannya akan mempengaruhi seberapa besar stress atau depresi yang dapat diatasi, seseorang yang percaya bahwa dia dapat mengendalikan ancaman/masalah maka dia tidak akan mengalami gangguan pola pikir, namun seseorang yang percaya bahwa dia tidak dapat mengatasi ancaman maka dia akan mengalami kecemasan yang tinggi. Efikasi diri untuk mengontrol proses berpikir merupakan faktor kunci dalam mengatur pikiran akibat stress dan depresi.

d. Proses Seleksi

Ketiga proses pengembangan efikasi diri berupa proses kognitif, motivasional dan afektif memungkinkan seseorang untuk membentuk sebuah lingkungan yang membantu dan mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

#### 2.3.4. Dimensi Efikasi Diri

Menurut Bandura (1997) efikasi diri terdiri dari 3 dimensi, yaitu:

a. *Magnitude*

Dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

b. *Generality*

Generalitas berkaitan dengan seberapa luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi

dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan efikasi diri seseorang.

c. *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

### 2.3.5. Perkembangan Efikasi Diri

Bandura (1994) menyatakan bahwa efikasi diri berkembang secara teratur sesuai tumbuh kembang, usia, pengalaman dan perluasan lingkungan. Bayi mulai mengembangkan efikasi dirinya sebagai usaha untuk melatih pengaruh lingkungan fisik dan sosial. Mereka mulai mengerti dan belajar mengenai kemampuan dirinya, kecakapan fisik, kemampuan sosial dan kecakapan berbahasa yang hampir secara konstan digunakan dan ditujukan pada lingkungan. Awal dari perkembangan efikasi diri dipusatkan pada orang tua kemudian dipengaruhi oleh saudara kandung, teman sebaya dan orang dewasa lainnya.

Pada usia sekolah, proses pembentukan efikasi diri secara kognitif terbentuk dan berkembang termasuk pengetahuan, kemampuan berpikir, kompetisi dan interaksi sosial baik sesama teman maupun guru. Pada usia remaja, efikasi diri berkembang dari berbagai pengalaman hidup, kemandirian mulai terbentuk dan individu belajar bertanggungjawab terhadap diri sendiri.

Pada usia dewasa, efikasi diri meliputi penyesuaian pada masalah perkawinan, menjadi orang tua, dan pekerjaan. Sedangkan pada masa lanjut usia, efikasi diri berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya, seiring dengan penurunan kondisi fisik dan intelektualnya.

### 2.3.6. Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri

Berikut faktor-faktor yang berhubungan dengan efikasi diri, yaitu:

1) Usia

DM tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak jumlahnya yaitu sekitar 90-95% dari seluruh penyandang DM dan banyak dialami oleh dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan retensi insulin pada DM tipe 2 cenderung meningkat pada lansia (40-65 tahun), riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan (Smeltzer & Bare, 2008). Penelitian Wang dan Shiu (2004 dalam Wu, et al., 2006) menemukan bahwa ada hubungan antara faktor demografi dengan aktifitas perawatan diri pasien DM termasuk faktor usia, rata-rata pasien berusia 60 tahun. Menurut Potter dan Perry (2005) usia 40-65 tahun disebut juga tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki efikasi diri yang baik.

2) Jenis kelamin

Hasil penelitian Mystakidou et al., (2010) pada pasien kanker menyimpulkan bahwa efikasi diri pasien dipengaruhi oleh komponen kecemasan, usia pasien, kondisi fisik dan jenis kelamin. Berdasarkan penelitian tersebut, laki-laki memiliki efikasi diri yang lebih tinggi daripada perempuan.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Menurut Stipanovic (2002) pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien DM untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri serta dalam mengontrol gula darah. Wu et al., (2006) juga mengatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dilaporkan memiliki efikasi diri dan perilaku perawatan diri yang baik.



4) Status pernikahan

Menurut Delamater (2000), orang yang menikah atau tinggal bersama pasangannya akan mempunyai penyesuaian psikologis yang baik. Penelitian Kott (2008) menjelaskan bahwa responden yang menikah mempunyai kontrol DM yang baik dan mempunyai status kesehatan yang lebih positif. Responden juga mempunyai kecenderungan nilai HbA1c rendah yang mengindikasikan kontrol metabolik baik.

5) Status sosial ekonomi

Rubin (2000) mengatakan bahwa pasien dengan penghasilan yang baik berpengaruh positif terhadap kesehatan dan kontrol glikemik. Penelitian Lau-Walker (2007 dalam Wantiyah, Sitorus & Gayatri, 2010) menunjukkan bahwa pekerjaan secara signifikan sebagai prediktor efikasi diri secara umum, atau dengan kata lain seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalahnya.

6) Lama menderita DM

Pada penelitian Fisher (2005), responden yang baru menderita DM selama 4 bulan sudah menunjukkan efikasi diri yang baik. Penelitian Wu et al., (2006) menemukan bahwa pasien yang telah menderita DM  $\geq 11$  tahun memiliki efikasi diri yang baik daripada pasien yang menderita DM  $< 10$  tahun. Hal ini disebabkan karena pasien telah berpengalaman mengelola penyakitnya dan memiliki coping yang baik. Namun dari penelitian Bernal, Woolley, Schenzul dan Dickinson (2000) menemukan bahwa pasien yang telah lama menderita DM namun disertai komplikasi memiliki efikasi diri yang rendah. Dengan adanya komplikasi akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk mengelola perawatan diri dan penyakitnya.

#### 7) Dukungan Keluarga

Belgrave dan Lewis (1994 dalam Wu, 2007) meneliti peran dukungan keluarga, ternyata dukungan keluarga secara signifikan berhubungan dengan perilaku kesehatan yang positif dengan mematuhi aktifitas kesehatan. Bomar (2004) mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang dan simpati), dukungan penghargaan (menghargai, umpan balik), dukungan informasional (saran, nasehat dan informasi) maupun dalam bentuk instrumental (bantuan tenaga, dana dan waktu). Hasil penelitian Wantiyah (2010) menemukan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial/keluarga dengan efikasi diri. Begitu juga hasil penelitian Skarbek (2006) menyimpulkan bahwa responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga akan memiliki perilaku perawatan diri yang rendah dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan keluarga yang positif.

#### 8) Depresi

Diperkirakan 10,9% sampai 32,9% pasien DM mengalami depresi (Anderson et al., 2001 dalam Wu, 2007). Gejala depresi yang terjadi berimplikasi terhadap kepatuhan regimen, kualitas hidup dan biaya pelayanan kesehatan. Depresi juga mempengaruhi kemampuan *self care* pasien DM. Depresi dapat berkontribusi pada penurunan fungsi fisik dan mental yang menyebabkan seseorang menjadi malas mengikuti perawatan diri harian secara rutin sehingga menyebabkan kontrol glikemik yang rendah dan meningkatkan resiko komplikasi. Skarbek (2006) menyatakan bahwa pasien yang memiliki gejala depresi akan mengalami penurunan dalam perawatan diri.

### 2.3.7. Faktor yang Mempengaruhi Prilaku Kesehatan

Menurut Bloom (dalam Notoatmodjo, 2005), prilaku yang terbentuk di dalam diri seseorang dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu stimulus yang merupakan faktor dari luar diri seseorang (faktor eksternal) dan respons yang merupakan faktor dari dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal adalah faktor lingkungan baik fisik maupun non-fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Sedangkan faktor internal adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti dan sebagainya yang merespon stimulus dari luar.

Menurut Green (dalam Notoatmojo, 2005), prilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

- a) Faktor-faktor predisposisi (*disposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya prilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Seorang pasien DM akan berobat ke rumah sakit untuk mengetahui perkembangan penyakit dan kadar gula darah. Tanpa adanya pengetahuan, pasien tersebut mungkin tidak akan berobat ke rumah sakit.
- b) Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi prilaku atau tindakan. Yang dimaksud faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya prilaku kesehatan, misalnya puskesmas, rumah sakit, air bersih, makanan bergizi, uang dan sebagainya. Sebuah keluarga yang sudah tahu tentang air bersih, makanan bergizi, tetapi keluarga tersebut tidak mampu untuk mengadakan fasilitas itu semua, maka dengan terpaksa menggunakan air sungai untuk keperluan sehari-hari, makan seadanya dan sebagainya.
- c) Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya prilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi

tidak melakukannya karena tidak ada contoh di masyarakat. Perlu ada contoh dari tokoh masyarakat untuk merubah perilaku seseorang.

### 2.3.8. Mengukur Efikasi Diri

*Diabetes Self-Efficacy Scale (DSES)* merupakan pengukuran efikasi diri pasien DM yang dikembangkan oleh Katherine Cabtree (1986, dalam Stipanovic, 2002). DSES didesain untuk pasien dewasa yang menderita DM, baik DM tipe 1 maupun DM tipe 2. Instrumen ini terdiri dari 4 subskala yaitu manajemen diet (8 item), medikasi (7 item), latihan (6 item) dan manajemen diri diabetes secara umum (4 item). Instrumen ini menggunakan 7 poin skala likert yaitu *strong disagree, moderately disagree, slightly disagree, slightly agree, moderately agree, strong agree dan not apply*. Semakin tinggi total skor maka semakin tinggi efikasi diri pasien. Kelebihan instrumen ini adalah bisa digunakan untuk DM tipe 1 dan tipe 2 sedangkan kelemahannya semua pernyataannya merupakan pernyataan negatif yang dapat membingungkan responden atau menimbulkan kesalahan dalam menganalisa data.

Pengukuran lainnya adalah *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale for type 2 DM (DMSES)* yang dikembangkan oleh Van der Bijl dan Shortridge-Bagget (1999 dalam Kott, 2008). DMSES didesain untuk mengukur efikasi diri pasien DM tipe 2 yang terdiri dari 20 item pernyataan. Instrumen ini terdiri dari 4 subskala yaitu nutrisi dan berat badan (11 item), medikasi dan perawatan kaki (3 item), latihan fisik (3 item) dan kontrol gula darah (3 item). Instrumen ini juga menggunakan skala likert dengan 5 poin yaitu 1 untuk *Yes, definitely* sampai 5 untuk *No, definitely not*. Semakin tinggi total nilai mengidentifikasi semakin rendah efikasi diri pasien. Instrumen ini khusus untuk pasien DM tipe 2, pernyataan mudah dimengerti karena merupakan pernyataan positif, dan pernah digunakan untuk penelitian di Indonesia oleh Ismonah (2008) dengan nilai validitas  $\geq 0,361$  dan reliabilitas 0,847 sehingga instrumen ini yang akan digunakan dalam penelitian.

### 2.3.9. Strategi Meningkatkan Motivasi dan Efikasi Diri

Lakhanpal (2007) menyatakan strategi untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pada pasien dengan penyakit kronis terutama diabetes adalah dengan pendidikan kesehatan melalui pendekatan *diabetes self management education (DSME)*, *empowerment*, dan *motivational interviewing*.

Secara umum, pendidikan diabetes merupakan proses memperoleh pengetahuan tentang diabetes dan ketrampilan yang dibutuhkan untuk mengelola diabetes diikuti dengan pengembangan pengetahuan berkelanjutan sepanjang waktu (Funnel, Tang & Anderson, 2007)

Pendekatan pendidikan kesehatan dengan metode DSME tidak hanya menggunakan metode ceramah, penyuluhan baik langsung atau tidak langsung namun telah berkembang dengan mendorong partisipasi dan kerjasama pasien dan keluarganya. Pada DSME tidak hanya memberikan informasi tentang penyakit dan ketrampilan teknis saja, metode ini juga berisi tentang ketrampilan menyelesaikan masalah (*problem solving*), koping, dan manajemen diri diabetes. Tujuan DSME selain meningkatkan pengetahuan tentang diabetes, yang paling utama adalah meningkatkan efikasi diri dan motivasi pasien untuk menjalankan perawatan DM. DSME dapat diberikan oleh dokter, perawat, kader kesehatan yang terlatih atau orang yang hidup dengan penyakit kronis (Bodenheimer, Lorig, Holmadian Grumbach, 2002 dalam Lakhanpal, 2007).

Stipanovic (2002) meneliti pengaruh pendidikan diabetes terhadap efikasi diri dan perawatan diri pasien DM menunjukkan hasil bahwa terjadi peningkatan skor efikasi diri dan juga perawatan diri setelah responden mendapat pendidikan diabetes selama 2 bulan. Hasil penelitian juga menyimpulkan bahwa ada hubungan yang positif dan signifikan antara efikasi diri dengan perawatan diri. Hal ini menunjukkan semakin baik pengetahuan dan motivasi, akan meningkatkan efikasi diri dan semakin

meningkat efikasi diri seseorang maka akan meningkat pula perawatan diri yang dilakukannya.

Pendekatan lain dalam pendidikan diabetes adalah dengan metode *empowerment-base education*. *Empowerment* didefinisikan sebagai suatu pendekatan yang dirancang untuk membantu mengembangkan pengetahuan, sikap, motivasi dan ketrampilan pasien yang secara efektif mengasumsikan tanggung jawab terhadap perawatan sehubungan dengan pengambilan keputusan. Melalui *empowerment*, pasien dilibatkan langsung dalam penetapan rencana dan tujuan perawatannya serta evaluasi dari rencana yang telah ditetapkan (Vahid, Alehe & Faranak, 2008). Adapun landasan teori dan strategi dari *empowerment-base education* menurut Funnel, Tang & Anderson (2007) adalah:

- a. Dukungan otonomi dan motivasi otonomi merupakan kerangka teori yang utama
- b. Berbasis belajar dari masalah dari pada didaktik, misalnya belajar dari diri sendiri, ketrampilan bercermin dari orang lain dan ketrampilan komunikasi
- c. Sangat relevan dengan budaya, didesain sesuai kebutuhan dan situasi populasi.
- d. Memiliki 5 tahapan perubahan prilaku yang difokuskan pada penyusunan tujuan.

Lima tahapan dalam memberikan pendidikan dengan metode *empowerment* yaitu mengeksplorasi masalah, mengklarifikasi perasaan dan arti hidup, mengembangkan rencana, membuat komitmen untuk melakukan aktivitas serta menjalankan dan mengevaluasi rencana (Vahid, Alehe & Faranak, 2008).

Menurut Funnel & Anderson (2004 dalam Vahid, Alehe, Faranak, 2008), *empowerment* bukanlah suatu teknik tapi lebih kepada visi yang menuntun setiap pertemuan dengan pasien dimana petugas kesehatan dan pasien mempunyai peran masing-masing. Peran pasien adalah menjadi

terinformasi dengan baik dan proaktif dalam perawatan diri mereka. Sedangkan bagi tenaga kesehatan adalah membantu pasien yang telah terinformasi membuat keputusan untuk mencapai tujuan dan mengatasi rintangan melalui pendidikan, saran perawatan yang tepat, nasehat dan dukungan dari para ahli. Pasien adalah satu-satunya orang yang bisa membuat perbedaan dalam status kesehatan mereka sendiri. Pasien memerlukan informasi mengenai penyakitnya, tujuan perawatannya dan motivasi untuk membuat keputusan dalam perawatannya. Pasien mengidentifikasi masalahnya dan perawat membantu mengidentifikasi hambatan dan memfasilitasi pemecahan masalah serta keterampilan koping untuk mencapai perilaku perawatan diri sendiri yang efektif (Mulcahy et al., 2003 dalam Fisher, 2005).

Beberapa penelitian menemukan bahwa *empowerment* dari pendidikan DM berhubungan dengan peningkatan efikasi diri pasien. Penelitian Vahid, Alehe, Faranak (2008) menemukan bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan edukasi dengan model *empowerment*. Namun setelah diberikan intervensi selama 6 minggu, pada kelompok intervensi menunjukkan perubahan yang positif pada seluruh subskala efikasi diri pasien. Hal ini berarti *empowerment* dapat meningkatkan efikasi diri pasien. Cuang et al., (2001 dalam Wu, 2007 menyatakan bahwa melalui edukasi dan *empowerment* dapat meningkatkan kesadaran diri pasien akan kemampuan perawatan dirinya dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Berdasarkan penelitian tersebut, perawat sebagai edukator berperan penting dalam memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan efikasi diri pasien.

Strategi lain untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien DM adalah *motivational interviewing*. Distress akibat DM menggambarkan rentang emosi sebagai respon yang kompleks dari penyakit kronis seperti marah, frustasi, kecil hati dan depresi (Polonsky, 2005 dalam Lakhampal, 2007). Distres ini dapat mempengaruhi motivasi seseorang untuk

melakukan perawatan diri. Untuk mendukung perilaku manajemen diri, maka perlu untuk mengeksplorasi motivasi pasien, keyakinan dan nilai-nilai akan kesehatan melalui *motivational interviewing*.

*Motivational interviewing (MI)* adalah teknik konseling yang berpusat pada pasien yang didesain untuk mengeksplorasi perasaan individu dan mencari penyelesaian terhadap pertentangan dalam diri individu. Pada MI, individu dianjurkan untuk menyusun agenda dan tujuannya. Prinsip dasar MI adalah empati, menghindari argumen, mendukung efikasi diri, menurunkan resistensi dan memperbaiki ketidakcocokan (Miller & Rollnick, 2002 dalam Lakhanpal, 2007). MI konsisten dengan manajemen penyakit kronis dengan mendukung perubahan perilaku dan penyusunan tujuan yang sesuai dengan nilai yang dimiliki pasien.

Selain strategi yang telah disebutkan di atas, cara lain untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien DM dengan melibatkan pasien dalam kelompok/*support group* yang dapat memberikan dukungan dan berbagi pengalaman tentang pengelolaan DM. Dukungan keluarga dan orang-orang yang dekat dengan pasien juga sangat diperlukan untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien. Pasien sebaiknya dianjurkan untuk banyak mencari informasi secara nonformal melalui diskusi, buku-buku atau literatur yang terkait penatalaksanaan penyakit DM (Dochterman, Butcher & Bulechek, 2008).

### **2.3. Asuhan Keperawatan**

DM merupakan penyakit kronis yang memiliki dampak kelemahan, kerusakan bahkan kecacatan selamanya sebagai akibat dari komplikasi yang dideritanya. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting sebagai pemberi pelayanan keperawatan serta sebagai edukator dalam memberikan asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan berfokus pada pencegahan dan pengelolaan secara baik, sehingga pasien mampu mengatur dan melakukan perawatan mandiri tanpa bergantung pada orang lain.



### 2.4.1. Pengkajian

Menurut (Potter & Perry, 2005), pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang pasien. Pada pasien DM pengkajian harus berfokus pada masalah kontrol gula darah (hipoglikemia & hiperglikemia), kebutuhan belajar, komplikasi yang terjadi dan pada faktor-faktor fisik, emosional serta sosial yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk mempelajari dan melaksanakan berbagai aktivitas perawatan diri (Black & Hawk, 2005; Smeltzer & Bare, 2008).

Pada riwayat kesehatan, perlu dikaji gejala klasik DM seperti poliuria, polidipsi, dan polipagia. Selain itu pasien dapat mengalami penurunan berat badan, kelemahan, pandangan kabur, kulit kering, luka sukar sembuh dan rasa gatal pada vagina (Smeltzer & Bare, 2008).

Menurut Ignatavius dan Workman (2006), perlu dikaji kebutuhan belajar pasien dan keluarga. Pengkajian meliputi; usia, pekerjaan, kesenangan, ketakutan akan DM, manajemen koping, gaya hidup, sikap tentang kesehatan, perilaku *self care*, keinginan untuk belajar, kemampuan dan gaya belajar, penerimaan DM, keterbatasan fisik, kognitif dan emosional pasien serta keyakinan pasien akan kemampuannya dalam perawatan diri sendiri.

Motivasi dan keyakinan diri pasien DM akan kemampuannya dalam melakukan perawatan diri sendiri perlu dikaji, karena dengan keyakinan diri yang tinggi pasien akan termotivasi untuk melakukan perawatan diri mandiri. Perlu juga dikaji dukungan keluarga dan sosial kepada pasien, karena dengan adekuatnya dukungan akan meningkatkan motivasi dan keyakinan pasien akan kemampuan dirinya.

Pemeriksaan laboratorium harus dilakukan terhadap kadar gula darah, kandungan keton/gula dalam urine. Selain itu pemeriksaan keton darah, c-peptide dan glycosilated Haemoglobin (HbA1c) sebaiknya dilakukan setiap 3 bulan (Black & Hawk, 2005).

#### 2.4.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien DM (Doengoes, 2005; Smeltzer & Bare, 2008) yaitu:

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik
- b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa darah
- d. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa darah dan insulin
- e. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik
- f. Resiko injuri berhubungan dengan hiperglikemi

Terkait dengan motivasi dan efikasi diri pasien DM, ada beberapa diagnosa keperawatan (Doengoes, 2005; Le Mone & Burke, 2008; Smeltzer & Bare, 2008) yaitu:

- a. Kurang pengetahuan tentang manajemen diri DM berhubungan dengan kurangnya informasi, tentang perjalanan penyakit, prognosis dan penatalaksanannya.
- b. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang, ketergantungan pada orang lain.
- c. Kecemasan berhubungan dengan diagnosa penyakit, resiko komplikasi dan regimen perawatan diri.
- d. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan penyakit kronik, regimen perawatan diri dan penurunan dukungan sosial.
- e. Inefektif regimen terapeutik berhubungan dengan ketidakberdayaan, kurang pengetahuan dan kesulitan ekonomi.

### 2.4.3. Intervensi Keperawatan

*Nursing Interventions Classification (NIC)* untuk DM menurut Dochterman, Butcher & Bulechek (2008) adalah pengelolaan elektrolit, pengelolaan cairan, pemantauan cairan, pengelolaan hipoglikemia, pengendalian infeksi, perlindungan terhadap infeksi, pengelolaan gangguan makan, pengelolaan nutrisi, pengelolaan sensasi perifer, pengelolaan lingkungan dan manajemen perilaku.

Sedangkan intervensi keperawatan yang berkaitan dengan motivasi dan efikasi diri yaitu peningkatan efikasi diri, peningkatan kesadaran diri, manajemen koping, penurunan kecemasan, pengajaran tentang diet dan olah raga dan pengajaran tentang pengobatan.

**Peningkatan efikasi diri (*self-efficacy enhancement*)** yaitu memperkuat percaya diri individu akan kemampuannya untuk melakukan perilaku hidup sehat. Beberapa tindakan keperawatan yang diberikan antara lain: eksplorasi persepsi individu tentang kemampuannya melakukan suatu perilaku tertentu, eksplorasi persepsi individu tentang keuntungan jika melakukan perilaku yang dianjurkan, identifikasi penghalang dalam perubahan perilaku, kaji komitmen individu untuk suatu rencana yang akan dilakukan, berikan *reinforcement* positif dalam membuat perubahan perilaku, gunakan strategi belajar yang menarik, berikan contoh pengalaman diri sendiri atau orang lain yang sukses melakukan perawatan diri, libatkan dalam *support group* dan perbaiki status fisik dan emosional yang mungkin dialami di awal terapi untuk menghasilkan perilaku baru.

**Peningkatan kesadaran diri (*self-awareness enhancement*)** yaitu mengkaji pasien untuk mengeksplorasi memahami pikiran, perasaan, motivasi dan perilakunya. Beberapa tindakan keperawatan yang dilakukan di antaranya: ajak pasien untuk mengenal dan mendiskusikan pikiran dan perasaannya, kaji pasien untuk mengidentifikasi prioritas hidupnya dan dampak penyakit dalam hidupnya, bantu pasien mengidentifikasi situasi yang mencetuskan kecemasan, kaji pasien untuk mengidentifikasi

kemampuan, gaya belajar, kaji pasien untuk mengidentifikasi sumber motivasi, fasilitasi ekspresi pasien melalui *peer group* dan kaji pasien untuk mengenal dan memperbaiki perilaku destruktif.

**Peningkatan koping (*coping enhancement*)** didefinisikan sebagai tindakan yang membantu pasien untuk beradaptasi menerima stressor, perubahan atau pengobatan yang mengganggu kebutuhan hidup dan peran. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah gunakan pendekatan yang menentramkan dan menenangkan, sediakan bagi pasien pilihan yang realistis untuk perasaan tidak berdaya, dukung penggunaan sumber-sumber spiritual, mendukung aktivitas sosial dan komunitas, dorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuannya sendiri serta membantu pasien dalam mengidentifikasi tujuan jangka panjang dan pendek yang tepat.

**Penurunan kecemasan (*anxiety reduction*)** didefinisikan sebagai usaha untuk meminimalkan keprihatinan, ketakutan, ketidaknyamanan berhubungan dengan tidak teridentifikasinya sumber kecemasan. Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain: sediakan informasi yang actual berkaitan dengan diagnosis, perawatan dan prognosis, berikan dorongan kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan untuk mengurangi kecemasan, bantu pasien untuk mengidentifikasi mekanisme koping yang dibutuhkan, ajarkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi yang tepat, anjurkan keluarga untuk selalu mendukung pasien dan kolaborasi untuk mengelola pengobatan untuk menurunkan kecemasan.

Intervensi untuk meningkatkan kesadaran diri, meningkatkan koping dan menurunkan kecemasan dapat dilakukan melalui metode pemberdayaan (*empowerment*). Menurut Funnel dan Anderson (2004 dalam Vahid, Alehe, Faranak, 2008), dalam metode *empowerment*, pasien dilibatkan langsung dalam pengkajian sampai evaluasi. Metode ini terdiri dari lima tahapan yaitu mengeksplorasi masalah, mengklarifikasi perasaan,

mengembangkan perencanaan, membuat komitmen untuk melaksanakan rencana serta pengalaman dan evaluasi rencana. Vahid, Alehe, Faranak (2008) meneliti pengaruh program *empowerment* terhadap efikasi diri pasien DM menunjukkan hasil bahwa setelah 6 minggu dilakukan intervensi terjadi peningkatan efikasi diri pada kelompok intervensi. Hal ini disebabkan dalam metode *empowerment* pasien dikaji perasaannya, motivasi dan masalahnya, kemudian bersama-sama menentukan penyelesaiannya melalui rencana dan implementasi yang akhirnya dievaluasi bersama. Metode ini sebaiknya dilakukan terus menerus agar pasien selalu terinformasi, mendapat motivasi sehingga meningkatkan efikasi diri pasien untuk melakukan perawatan dirinya.

**Pengajaran (*teaching*) tentang diet, olahraga** yaitu mengajarkan pasien tentang diet dan olahraga. Tindakan keperawatannya yaitu: tentukan pengetahuan pasien tentang diet dan olahraga bagi pasien DM, jelaskan pada pasien tujuan dan keuntungan pengaturan diet dan olahraga, jelaskan tentang jenis diet yang dianjurkan dan dilarang, informasikan pada pasien berapa lama pengaturan diet dilakukan, anjurkan pasien untuk memeriksa label dan komposisi makanan, anjurkan pasien untuk membuat rencana makanan, anjurkan pasien membaca tentang diet bagi pasien DM kolaborasi dengan ahli gizi dan libatkan keluarga dalam pengaturan diet, jelaskan pada pasien jenis olahraga yang boleh dilakukan, jelaskan tanda dan gejala yang membahayakan kesehatan saat berolahraga, anjurkan pasien untuk memeriksakan kondisinya sebelum melakukan olahraga, anjurkan pasien untuk melakukan olahraga secara rutin, libatkan dalam kelompok olahraga yang sesuai, kolaborasi dengan ahli olahraga, libatkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan kegiatan dan olahraga.

**Pengajaran (*teaching*) tentang pengobatan** yaitu menjelaskan pada pasien tentang pengobatannya dan pemantauan terhadap efeknya. Tindakan keperawatannya yaitu: anjurkan pasien untuk mengenali obatnya, jelaskan dosis obat, indikasi obat, dan kontraindikasi. Kaji

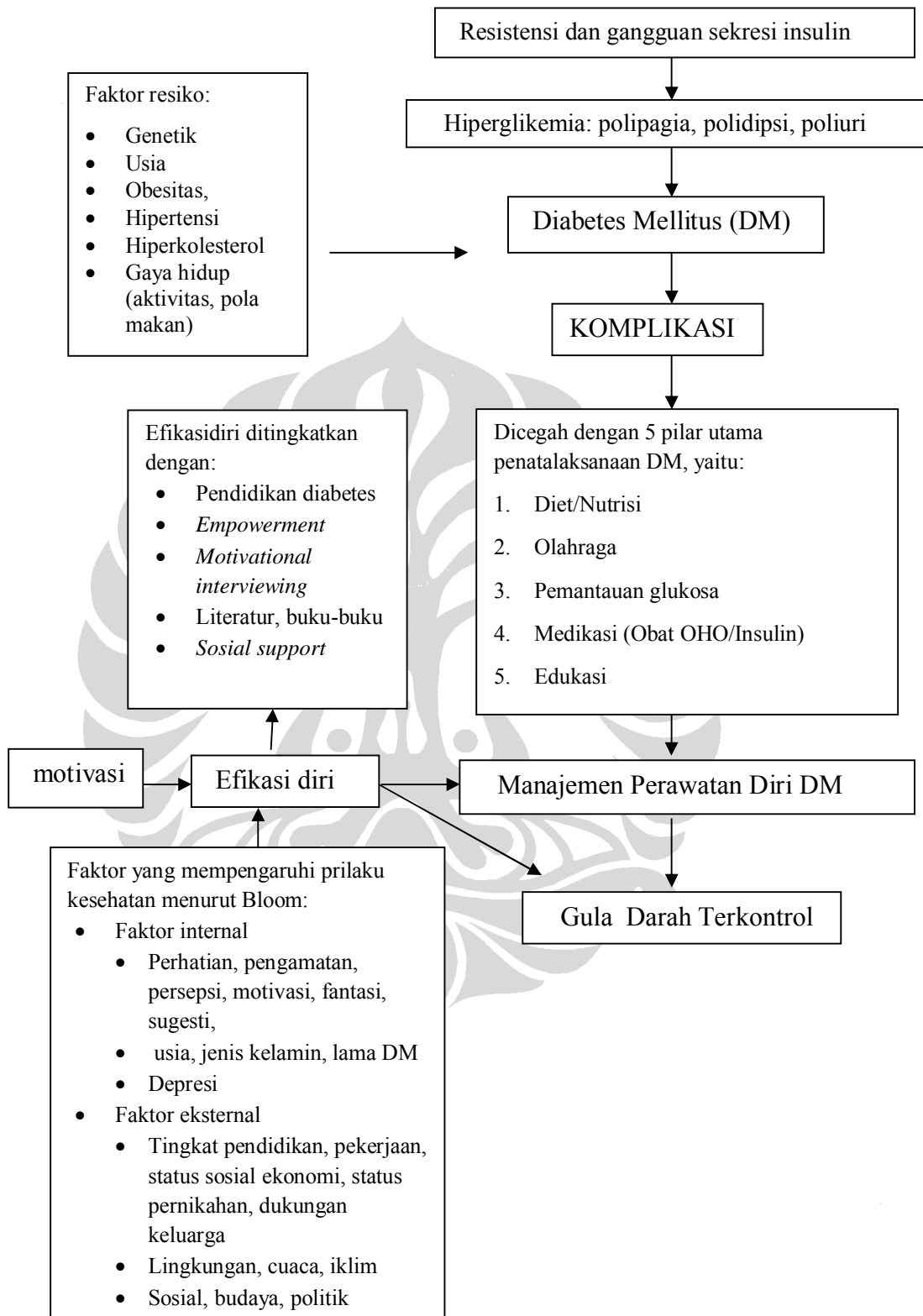
pengetahuan pasien tentang pengobatan, evaluasi kemampuan pasien menggunakan obat, jelaskan pada pasien konsekuensi jika tidak menggunakan obat secara teratur, jelaskan gejala dan tanda overdosis serta anjurkan pasien untuk mencatat jadwal pengobatannya. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan pengobatan, berikan informasi dimana pasien harus memperoleh obat serta libatkan keluarga dalam pengobatan pasien.

Intervensi pengajaran ini sangat berpengaruh terhadap peningkatan efikasi diri. Hasil penelitian Temple (2003) tentang pengaruh *diabetes self-care management education* terhadap efikasi diri, perawatan diri dan penilaian psikologis pada pasien diabetes menunjukkan hasil bahwa *diabetes self-care management education* yang dilakukan memfasilitasi peningkatan perilaku perawatan diri pasien pada masalah diet, olah raga dan pemeriksaan glukosa darah, namun tidak terhadap pengobatan. Selain itu hasil penelitian ini juga menunjukkan peningkatan efikasi diri pada semua subskala efikasi diri. Ada hubungan antara efikasi diri dengan perawatan diri.

#### **2.4.4. Evaluasi**

Menurut Smeltzer dan Bare (2008), hasil evaluasi yang diharapkan adalah melakukan pengontrolan gula darah yang optimal, keseimbangan metabolisme, cairan dan elektrolit, mengungkapkan secara verbal kemampuan survival DM seperti menunjukkan kemampuan menggunakan insulin secara tepat, taat pada diet yang dianjurkan, mampu melakukan perawatan kaki dengan benar, mampu mengontrol faktor resiko makrovaskuler dengan berhenti merokok, membatasi komplikasi dapat diminimalkan, mampu bekerja dan melakukan aktivitas sehari-hari serta tercapainya kesehatan dan kesejahteraan psikososial.

## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1. Skema kerangka teori

Dari gambar 2.1. dapat dijelaskan bahwa DM merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah akibat kelainan dari sekresi insulin dengan manifestasi klasik DM adalah poliphagia, polidipsi dan poliuria (Le Mone & Burke, 2005). Penatalaksanaan DM yang tidak baik akan menyebabkan terjadinya komplikasi pada pasien DM. Komplikasi DM dapat dicegah dengan melakukan 5 pilar penatalaksanaan DM yang tercakup di dalam manajemen perawatan diri DM yaitu nutrisi, olah raga, pemantauan glukosa, medikasi dan edukasi (Smeltzer & Bare, 2008; Sousa & Zauseniewski, 2005).

Salah satu faktor yang mempengaruhi manajemen perawatan diri pasien adalah efikasi diri. Efikasi diri merupakan keyakinan individu akan kemampuannya dalam mengatur dan melakukan suatu tugas tertentu demi tercapainya tujuan (Bandura, 1997). Salah satu proses pembentukan efikasi diri adalah motivasi. Seseorang dapat termotivasi oleh tujuan dan harapan yang diinginkannya, selain itu kemampuan seseorang untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi (Bandura, 1994).

Efikasi diri merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan. Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2005), perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor dari dalam diri individu (faktor internal) dan faktor yang berasal dari luar individu (faktor eksternal). Yang termasuk faktor internal adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, depresi, usia, jenis kelamin, dan lama DM. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah lingkungan, iklim, cuaca, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status pernikahan, lama menderita DM, dukungan keluarga. Dengan motivasi yang baik diharapkan efikasi diri pasien juga baik sehingga tujuan akhir penatalaksanaan DM yaitu untuk mengontrol kadar gula darah dan mencegah komplikasi akan tercapai.



### BAB 3

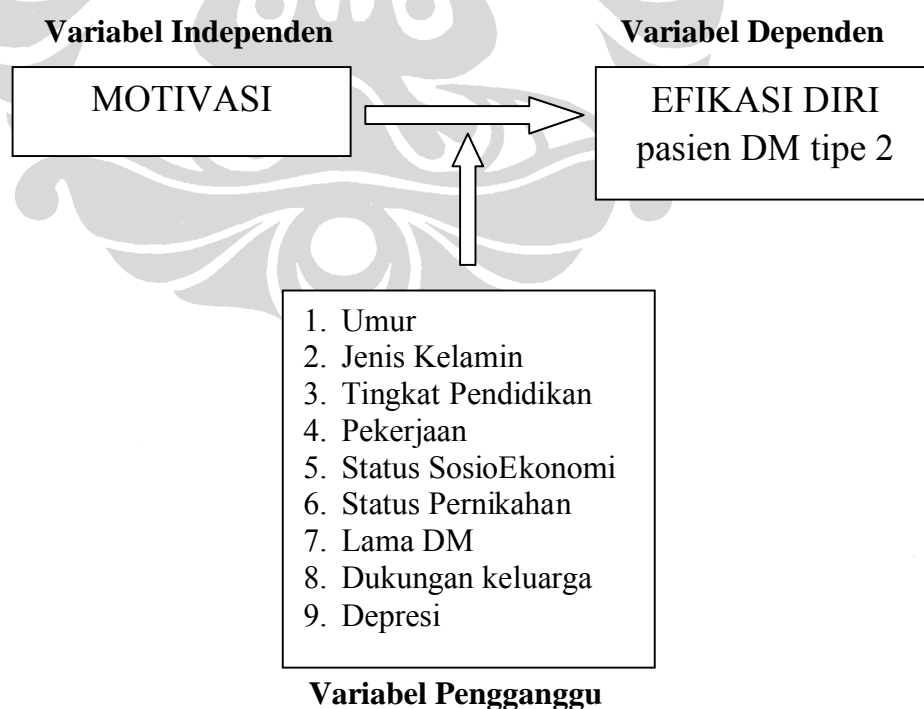
#### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional.

#### 3.1. Kerangka Konsep

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik Medan. Adapun variabel dependen/terikat dalam penelitian ini adalah efikasi diri, dan variabel independennya adalah motivasi. Adapun variabel pengganggu/*confounding*, variabelnya adalah usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, status pernikahan, lama menderita DM, dukungan keluarga dan depresi.

Hubungan antar variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada kerangka konsep gambar 3.1. berikut ini.



Gambar 3.1. Skema Kerangka Konsep Penelitian

### 3.2. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis menggambarkan hubungan antara dua atau lebih variabel. Hipotesis yang baik disusun secara sederhana, jelas, dan menggambarkan definisi variabel secara konkret (Polit & Hungler, 1999).

Hipotesis utama dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik Medan.

Rumusan hipotesis mayor dan minor dalam penelitian ini sebagai berikut:

#### 3.2.1. Hipotesis Mayor:

Ada hubungan antara variabel pengganggu/*confounding* dengan efikasi diri pasien DM Tipe 2

#### 3.2.2. Hipotesis Minor:

- a. Ada hubungan antara umur dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- b. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- c. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- d. Ada hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- e. Ada hubungan antara status sosioekonomi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- f. Ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- g. Ada hubungan antara lama menderita DM dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- h. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri pasien DM tipe 2
- i. Ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2

### 3.3. Definisi Operasional

Pada bagian ini diuraikan mengenai definisi operasional masing-masing variabel penelitian. Penelitian ini terdiri dari dua variabel utama, berupa variabel dependen yaitu efikasi diri dan variabel independen yaitu motivasi.

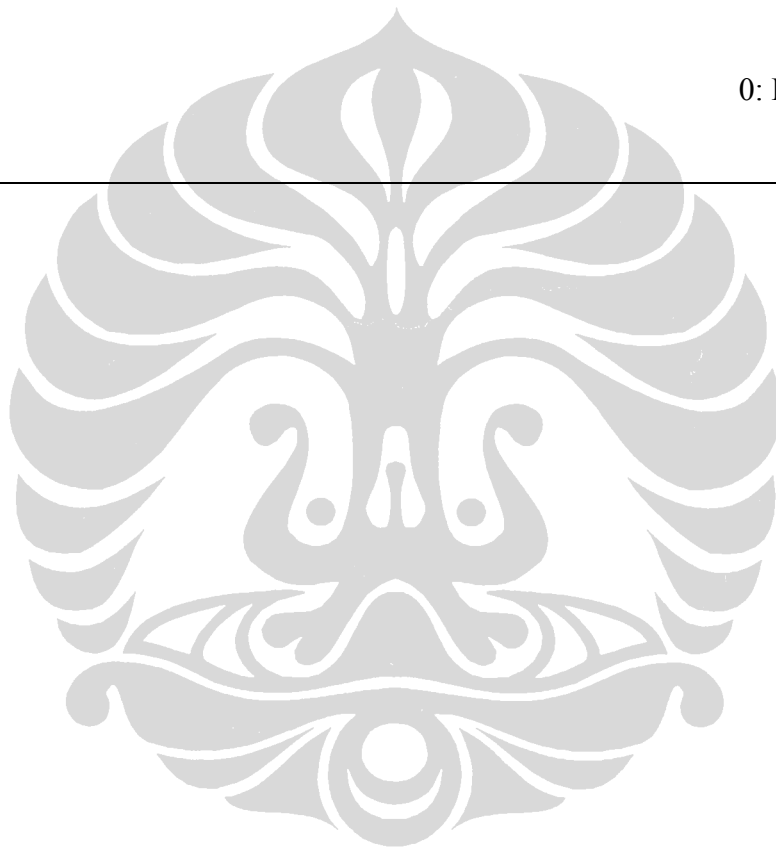
Tabel 3.1. Defenisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Independen:</b>				
Motivasi	Suatu dorongan dari dalam diri individu maupun dari luar individu untuk melakukan manajemen perawatan DM	Kuesioner dari TSRQ, 19 item pernyataan terdiri dari medikasi, kontrol gula darah, diet dan latihan fisik, Penilaian menggunakan skala likert: 1: sangat tidak setuju 2: tidak setuju 3: setuju 4: sangat setuju	Total skor motivasi: 17-68 Dikelompokkan menjadi 2 yaitu: 1: baik ( $\geq 80\%$ nilai total atau $\geq 54.4$ ) 0: kurang baik ( $<80\%$ nilai total atau $< 54.4$ )	nominal
<b>Dependen:</b>				
Efikasi diri	Keyakinan diri pasien akan kemampuannya melakukan perawatan diri meliputi diet/makanan, olahraga, monitoring gula darah, perawatan kaki dan pengobatan secara umum	Kuesioner tentang efikasi diri pasien DM yang berisi 15 pernyataan, Pengukuran dengan menggunakan skala likert dengan nilai 3: Mampu melakukan 2: Kadang mampu atau kadang tidak mampu 1: Tidak mampu	Total skor efikasi diri: 15-45 Dikelompokkan menjadi 2 yaitu: 1: Baik ( $\geq 80\%$ skor total atau $\geq 36$ ) 0: kurang ( $<80\%$ skor total atau $< 36$ )	nominal
<b>Confounding:</b>				
1. Umur	Umur responden berdasarkan tanggal lahir, dihitung sampai ulang tahun terakhir	Kuesioner umur dalam tahun	Dinyatakan dengan tahun	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
2. Jenis Kelamin	Jenis kelamin responden	Kuesioner karakteristik responden tentang jenis kelamin responden berupa laki-laki atau perempuan	Jenis kelamin responden dinyatakan dengan: 0: Laki-laki 1: Perempuan	Nominal
3. Status sosial ekonomi	Tingkat sosial ekonomi pasien berdasarkan jumlah penghasilan keluarga/bulan	Kuesioner jumlah penghasilan keluarga responden perbulan	Dinyatakan dengan rupiah	Rasio
4. Pekerjaan	Pekerjaan responden saat dilakukan penelitian	Kuesioner tentang pekerjaan responden	Dinyatakan dengan: 1: tidak bekerja/IRT 2: Petani/ pedagang/buruh 3: PNS/TNI/ POLRI 4: lain-lain.....  Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2 yaitu: 1: Bekerja (item 2,3,4) 0: Tidak bekerja (item 1)	Nominal
5. Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden	Kuesioner tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan: 1: tidak sekolah 2: SD 3: SMP 4: SMA 5: PT/Akademik  Untuk analisa bivariat digolongkan	Ordinal

			menjadi 2, yaitu: 1: Tinggi (tamat SMA, PT/Akademik) 0: Rendah (tidak sekolah, tamat SD, tamat SMP)	
6. Status pernikahan	Status pernikahan responden saat ini	Kuesioner mengenai status pernikahan responden	Dinyatakan dengan: Status pernikahan: 1: Menikah 2: Tidak/belum menikah 3: Janda/duda  Untuk analisa selanjutnya digolongkan menjadi dua yaitu: 1: menikah 0: janda/duda	Nominal
7. Lama DM	Rentang waktu responden menderita DM, dihitung semenjak pertama kali didiagnosa DM	Kuesioner lama DM	Lama DM yang dialami, diukur dalam tahun	Interval
8. Dukungan keluarga	Suatu bentuk dukungan dari keluarga (suami, istri, anak, saudara) terhadap responden selama menderita DM	Pertanyaan berupa <i>numeric rating scale</i> dari 0-10 0: keluarga tidak mendukung sampai dengan 10: keluarga sangat mendukung	Dinyatakan dengan skor numeric. Skor total dukungan keluarga: 10  Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2 bagian yaitu sehingga: 1: Baik ( $\geq 80\%$ skor total skala dukungan keluarga atau $\geq 8$ ) 0: Kurang ( $< 80\%$ skor total atau $< 8$ )	nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
9. Depresi	Gangguan mood, perasaan tertekan secara umum yang dialami responden seminggu terakhir	Pertanyaan berupa numeric rating scale dari 0-10. 0: tidak tertekan sampai dengan 10: sangat tertekan	Dinyatakan dengan skor numerik depresi Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2 bagian, sehingga: 1: Tidak depresi ( $\leq 2$ skala depresi)  0: Depresi ( $> 2$ skala depresi)	nominal



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada bab 4 ini akan dibahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, uji validitas dan reliabilitas instrumen, prosedur pengumpulan data, dan analisis data

#### 4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu peneliti melakukan pengukuran atau penelitian dalam satu waktu. Tujuan spesifik penelitian *cross-sectional* adalah untuk mendeskripsikan fenomena atau hubungan berbagai fenomena atau hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dalam satu waktu/sesaat (Polit & Hungler, 1999; Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Polit dan Hungler (1999) mengemukakan bahwa keuntungan utama desain penelitian *cross-sectional* adalah praktis, ekonomis dan mudah dilaksanakan. Sedangkan kelemahannya karena penelitian ini hanya dilakukan dalam satu waktu sering memberikan hasil yang ambigu atau kurang mencerminkan kondisi yang sebenarnya karena manusia bersifat dinamis dan dapat berubah sewaktu-waktu. Peneliti menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena penelitian ini bermaksud mengidentifikasi ada tidaknya hubungan variabel dependen terhadap variabel independen dalam satu kali pengukuran menggunakan alat ukur berupa kuesioner. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP. H. Adam Malik Medan.

#### 4.2. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan di Poliklinik Endokrin RSUP. H. Adam Malik Medan.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang berobat jalan pada bulan November 2010 di RSUP H. Adam Malik Medan. Pengambilan sampel dengan metode *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Responden didiagnosa DM tipe 2
- b. Lama menderita DM 4 bulan sampai dengan  $\leq 11$  tahun
- c. Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
- d. Mampu membaca, menulis dan berbahasa Indonesia
- e. Bersedia menjadi responden penelitian

Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Pasien DM dengan penurunan kesadaran

Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan estimasi proporsi menurut Ariawan (1998), dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan:

n : jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  : nilai Z berdasarkan derajat

Kepercayaan yang diinginkan

P : nilai proporsi dari populasi

d : presisi mutlak

Hasil perhitungan sampel dengan nilai P: 0,7 (proporsi efikasi diri pasien PJK dalam Wantiyah, 2010), d: 0,09 dan CI 95% ( $Z_{1-\alpha/2}$ : 1,96) adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{1,96^2 (0,7)(0,3)}{0,09^2} = 100$$



Dalam upaya mengantisipasi kemungkinan subjek atau sampel yang terpilih *drop out* maka perlu penambanahan jumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus berikut ini (Sastroasmoro&Ismael, 2010):

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

keterangan :

$n'$  : jumlah sampel yang akan diteliti

$n$  : besar sampel yang dihitung

$f$  : perkiraan proporsi *drop out* (0,1)

maka besar sampel yang direncanakan diteliti  $n' = 100/(1-0,1) = 110$  orang

### 4.3. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Endokrin RSUP. H. Adam Malik Medan. Pemilihan tempat ini karena RSUP H. Adam Malik Medan merupakan salah satu rumah sakit pendidikan yang mendukung pengembangan dalam bidang penelitian sehingga sangat mungkin untuk melakukan penelitian di rumah sakit ini, di samping itu belum ada penelitian tentang hubungan motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik Medan.

### 4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dimulai dari bulan Agustus sampai Januari 2011. Pengambilan data penelitian dilakukan pada bulan November 2010. Jadwal kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini dapat dilihat di lampiran 1.

### 4.5. Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etika, peneliti meyakini bahwa responden dilindungi dengan memperhatikan aspek-aspek: *self determination*, *privacy*, *anonymity*, *informed consent* dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 1999).

- a. *Self determination*. Responden diberi kebebasan untuk menentukan pilihan bersedia atau tidak untuk mengikuti penelitian, setelah semua informasi tentang penelitian dijelaskan. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak mengundurkan diri sewaktu waktu, tanpa ada

- sanksi apapun, setelah responden bersedia maka diminta untuk menandatangani formulir *informed consent*.
- b. *Privacy*. Peneliti menjaga kerahasiaan serta semua informasi responden dan hanya menggunakannya untuk kepentingan penelitian.
  - c. *Anonymity*. Selama kegiatan penelitian nama responden tidak dicantumkan dan peneliti menggunakan nomor responden
  - d. *Informed consent*. Responden yang bersedia diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi subjek penelitian, setelah peneliti menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan harapan peneliti terhadap responden, juga setelah responden memahami semua penjelasan peneliti.
  - e. *Protection discomfort*. Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Peneliti menekankan apabila responden merasa tidak aman dan tidak nyaman selama penelitian sehingga menimbulkan masalah psikologis, pada responden dapat diajukan pilihan untuk menghentikan penelitian atau tetap meneruskan dengan bimbingan dari konselor.

#### 4.6. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner, yang terdiri dari 5 kuesioner, yaitu kuesioner karakteristik demografi responden, kuesioner motivasi, kuesioner efikasi diri, skala dukungan keluarga dan depresi. Alat pengumpul data dapat dilihat pada lampiran 5.

- a. Kuesioner karakteristik demografi responden
 

Kuesioner karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status sosial ekonomi, pekerjaan dan lama menderita DM.
- b. Kuesioner motivasi
 

Kuesioner ini untuk menilai variabel independen, yaitu motivasi. Pengumpulan data dilakukan dengan mengisi kuesioner yang dimodifikasi dari *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) yang bertujuan untuk menilai motivasi responden dalam

penatalaksanaan DM. Kuesioner terdiri dari 19 pernyataan yang terdiri dari alasan menjalani pengobatan dan pemeriksaan gula darah (8 item) serta alasan mematuhi aturan makan dan olah raga (11 item), dengan 4 poin skala likert yaitu 1 untuk sangat tidak setuju sampai 4 untuk sangat setuju. Semakin tinggi nilai total maka semakin tinggi motivasi pasien. Untuk analisis selanjutnya, motivasi dikategorikan menjadi 2 yaitu motivasi baik jika skor jawaban  $\geq 80\%$  skor total, motivasi kurang baik jika skor jawaban  $< 80\%$  skor total. Arikunto (2002) menyatakan bahwa batasan nilai untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan  $\geq 75\%$ -80%. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, ada 2 pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomor 5 dan 13, dan pernyataan tersebut dibuang, sehingga pernyataan yang valid berjumlah 17 dengan skor total 17-68, nilai *alpha* 0.839 dan nilai *r* 0.258-0.603

c. Kuesioner efikasi diri

Kuesioner efikasi diri diadopsi dari *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) (Van der Bijl dan Shortbridge-Bagget, 1999 dalam Kott, 2008) terdiri dari 20 pernyataan. Namun dalam penelitian ini hanya 15 pernyataan yang digunakan sesuai dengan penelitian Ismonah (2008) yang terdiri dari pemeriksaan gula darah (3 item), diet (7 item), olah raga dan perawatan umum (3 item), pengobatan (2 item). Penilaian menggunakan 3 poin skala likert dengan 3 untuk mampu melakukan, 2 kadang mampu melakukan dan kadang tidak mampu serta 1 untuk tidak mampu melakukan, dengan skor total 15-45. Kuesioner ini telah diuji dan diteliti oleh Ismonah (2008). Semakin tinggi nilai total maka semakin tinggi efikasi diri pasien. Untuk analisis selanjutnya, efikasi diri dikategorikan menjadi 2 yaitu motivasi baik jika skor jawaban  $\geq 80\%$  skor total, efikasi diri kurang baik jika skor jawaban  $< 80\%$  skor total. Arikunto (2002) menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai  $\geq 75\%$ -80%. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, semua pernyataan efikasi diri valid dan reliabel dengan *alpha* 0.904 dan nilai *r* 0.206-0.751.

d. Skala dukungan keluarga

Instrumen dukungan keluarga menggunakan *Numerical Rating Scale* dengan pengukuran 0 sampai dengan 10. Skor 0: tidak ada dukungan sampai 10: keluarga sangat mendukung. Untuk analisis selanjutnya, dukungan keluarga dikategorikan menjadi 2 yaitu, 1 = dukungan baik, jika skor jawaban  $\geq 80\%$  skor total dukungan keluarga atau  $\geq 8$  dan 0= dukungan kurang, jika skor jawaban  $< 80\%$  skor total atau  $< 8$ . Arikunto (2002) menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan batasan nilai  $\geq 75\%$ -80% sehingga batasan 80% digunakan dalam penelitian ini.

e. Skala depresi

Instrumen depresi menggunakan *Numerical Rating Scale* dengan pengukuran 0 sampai dengan 10. Skor 0: tidak depresi sampai dengan 10: sangat depresi. Untuk analisa bivariat dan multivariat depresi dikategorikan menjadi 2 yaitu, 1= tidak depresi, jika skor jawaban  $\leq 2$  dan 0= depresi, jika skor jawaban  $> 2$ .

Karena pengambilan data dilakukan sebelum responden dipanggil untuk pemeriksaan kesehatan, maka *Numerical Rating Scale* digunakan untuk instrumen dukungan keluarga dan depresi dengan tujuan untuk mencegah kejenuhan dan terburu-buru saat mengisi kuesioner sehingga responden dapat mengisi kuesioner dengan benar. Selain itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara motivasi dengan efikasi diri, sedangkan dukungan keluarga dan depresi merupakan variabel pengganggu dalam penelitian ini.

## 4.7. Validitas dan Reliabilitas

### 4.7.1. Validitas

Validitas menunjuk sejauh mana alat pengukur itu mengukur apa yang dimaksud untuk diukur (Suryabrata, 2005).

Uji validitas yang dapat dilakukan berupa:

1) Validitas isi (*content validity*)

Suatu alat ukur memenuhi validitas isi jika cukup atau adekuat mengukur area yang diteliti. Validitas isi dapat dicapai jika pernyataan/pertanyaan dalam alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur atau diteliti. Validitas isi dapat ditentukan dengan meminta pendapat dari para ahli yang sesuai dengan area yang diteliti (Suryabrata, 2005).

2) Validitas konstruksi (*construct validity*)

Validitas konstruksi menekankan pada sejauh mana metode pengukuran berkorelasi dengan teori yang berlaku. Peneliti perlu mengumpulkan berbagai bukti empiris untuk mendukung pengukuran yang bermakna. Semakin kuat korelasi dengan teori yang berlaku maka semakin tinggi validitas konstruksinya (Hamid, 2008). Melalui analisis faktor diperiksa ulang atau dikonfirmasi apakah ada data yang diambil memang mengandung faktor-faktor atau dimensi-dimensi yang diteorikan (analisis faktor konfirmatori), yang dapat dilakukan dengan menggunakan program perangkat lunak komputer.

3) Validitas kriteria (*criterion-related validity*)

Secara teori validitas kriteria merupakan validitas paling kuat. Validitas kriteria menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standard*) yang baku (Suryabrata, 2005). Jika korelasi antara hasil tes dengan standar baku tersebut positif dan tinggi maka dapat dikatakan alat ukur tersebut memiliki validitas yang tinggi. Metode ini disebut *concurrent criterion-related validity*. Jenis validitas kriteria lainnya yaitu *predictive criterion-related validity*. Validitas ini menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat digunakan sebagai *predictor* yang valid di masa yang akan datang, yang ditentukan berdasarkan koefisien determinasi yaitu koefisien korelasi kuadrat (Suryabrata, 2005)

Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini berupa validitas kontruksi yaitu melalui uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Products Moment* dengan membandingkan nilai  $r$  tabel dan  $r$  hitung. Apabila didapatkan  $r$  hasil  $>$   $r$  tabel maka pernyataan dikatakan valid (Hastono, 2007).

#### 4.7.2. Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan keajegan seandainya alat pengukur yang sama digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implicit juga mengandung objektivitas (Suryabrata, 2005)

Reliabilitas adalah keandalan atau ketepatan pengukuran. Suatu pengukuran dikatakan handal, apabila ia memberikan nilai yang sama atau hampir sama pemeriksaan dilakukan berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismail, 2002).

Ada tiga cara untuk mengestimasi reliabilitas instrumen, yaitu metode uji ulang (*test-retest method*), metode bentuk paralel (*parallel-form method*) dan pengujian satu kali (*single trial method*) (Suryabrata, 2005). Pada metode uji ulang seperangkat instrument diberikan kepada sekelompok subjek sebanyak dua kali, dengan selang waktu tertentu, kemudian kedua skor hasil penilaian tersebut dikorelasikan. Adapun pada metode bentuk paralel, peneliti menyusun dua perangkat instrumen yang paralel (kembar), kemudian kedua instrumen tersebut diberikan kepada sekelompok subjek dalam waktu berurutan atau dengan jarak waktu yang dekat. Hasil skor kedua instrumen tersebut dikorelasikan. Para peneliti lebih sering memilih penggunaan metode satu kali pengukuran dengan beberapa cara, antara lain: metode belah dua (*split-half method*), metode

Rulon, metode Falanagan, metode KR20, metode KR21, metode analisis variansi (Hyot) dan metode Cronbach Alpha.

Uji reliabilitas pada kuesioner motivasi, efikasi diri menggunakan metode *cronbach alpha*. Uji reliabilitas dilakukan pada kuesioner atau pernyataan yang dinyatakan valid. Kuesioner dinyatakan reliabel jika koefisien *alpha*  $> 0,7$  (Sugiyono, 1999)

Hasil uji validitas dari DMSES dari penelitian Van der Bijl dan Shortridge-Bagget (1999) memiliki nilai koefisien korelasi  $r = 0,79$  dan *cronbach alpa* 0,81 untuk total skor (Kott,2008). Sedangkan hasil uji validitas dan reliabilitas untuk TSRQ (kuesioner motivasi) adalah  $r= 0,38$  dan *cronbach alpha* 0,85 (William et all, 1996 dalam Butler, 2002). Skala pengukuran dukungan keluarga dan depresi yang dipakai dimodifikasi dari skala pengukuran nyeri yang telah teruji reliabilitas dan validitasnya yaitu dengan  $r > 0,90$  pada tingkat kemaknaan 5% (Gloth, et al., 2001).

Sedangkan hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada penelitian ini setelah direvisi pada 110 responden dibandingkan nilai  $r$  tabel yaitu sebesar 0.195 ( $n=110$ ,  $df=108$ , nilai  $r$  pada tabel yang ada dengan  $df=100$ ) adalah pada kuesioner motivasi setelah direvisi diperoleh nilai *alpha* 0.839 dengan nilai  $r$  0.258-0.603. Sedangkan pada kuesioner efikasi diri diperoleh nilai *alpha* 0.904 dengan nilai  $r$ : 0.206-0.751

#### 4.7.3. Uji Coba Instrumen

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini pada 30 orang responden di poliklinik endokrin RSUP H. Adam Malik Medan. Hasil uji validitas dan reliabilitas dengan *degree of freedom*  $30-2= 28$  ( $r$  tabel 0.361) pada kuesioner efikasi diri dinyatakan valid dengan *alpha* 0.840 dan  $r$  hitung 0.362. Untuk kuesioner motivasi pernyataan nomor 13 tidak valid, setelah pernyataan

tersebut dibuang, kuesioner motivasi menjadi valid dan reliabel dengan alpha 0.909 dan r hitung 0.367.

#### **4.8. Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data terdiri dari prosedur administratif dan prosedur pelaksanaan.

##### **4.8.1. Prosedur Administratif**

- a. Mengajukan surat lolos uji etik dan izin penelitian ke FIK UI
- b. Mengajukan permohonan izin untuk melaksanakan penelitian kepada Direktur RSUP H. Adam Malik, Medan
- c. Melakukan pendekatan kepada kepala instalasi poliklinik dan bagian poliklinik endokrin RSUP H. Adam Malik Medan.

##### **4.8.2. Prosedur Pelaksanaan**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memilih asisten yang akan terlibat dalam penelitian karena pertimbangan waktu (efisiensi kerja). Sebelum proses pengambilan data, peneliti bersama 3 asisten peneliti melakukan penyamaan persepsi atau pemahaman terhadap kuesioner yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Asisten penelitian dibimbing mengenai tujuan penelitian, cara melaksanakan pengumpulan data, dan cara mengisi kuesioner.

Adapun langkah-langkah pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Memilih calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi di poliklinik endokrin pada saat responden menunggu panggilan sebelum pemeriksaan atau berkonsultasi dengan dokter. Peneliti dan asisten peneliti mendatangi setiap calon responden, mengklarifikasi lama menderita DM dan jika sesuai dengan kriteria inklusi serta bersedia menjadi responden maka calon responden tersebut dilibatkan pada penelitian ini.
- b. Memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian



- c. Meminta kesediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani informed consent.
- d. Setelah calon responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti atau asisten penelitian memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap. Pengisian kuesioner tiap responden dilakukan  $\pm$  10-15 menit. Peneliti dapat membantu responden dalam mengisi kuesioner.
- e. Peneliti dan asisten penelitian mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner. Jika ada yang kurang lengkap maka diklarifikasi kembali kepada responden untuk dilengkapi.

Untuk mencegah terjadinya pengambilan sampel yang sama (berulang), peneliti membuat daftar responden yang telah menjadi sampel, terdiri dari nomor, nama, umur dan alamat. Sebelum pengambilan data, peneliti dan asisten peneliti mengklarifikasi terlebih dahulu pada calon responden apakah sudah pernah menjadi responden dalam penelitian ini pada minggu sebelumnya dan menyesuaikan keterangannya dengan daftar responden. Jika belum pernah menjadi responden dan pasien bersedia menjadi responden maka data responden dicatat dalam daftar responden kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner. Dalam proses pengumpulan data untuk penelitian ini tidak terjadi pengambilan sampel berulang baik pada saat uji validitas maupun saat pengumpulan data

#### **4.9. Pengolahan dan Analisa Data**

Ada dua tahapan analisa data, yaitu berupa pengolahan data dan analisa data.

##### **4.9.1. Pengolahan Data**

Data yang telah terkumpul, sebelum dianalisa terlebih dahulu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

1. *Editing*. Editing data dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan keseragaman data. Dilakukan dengan mengoreksi data yang diperoleh meliputi kebenaran pengisian,

kelengkapan dan kecocokan data yang dihasilkan. *Editing* langsung dilakukan setelah responden mengisi kuesioner.

2. *Coding*. Memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban. Hal ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan tabulasi dan analisa data. Pada penelitian ini, setelah data dikoreksi dan lengkap maka diberi kode 0 dan 1 untuk variabel kategorik sesuai dengan defenisi operasional.
3. *Entry data*. Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dianalisis dengan menggunakan program komputer.
4. *Cleaning*. Data yang telah dientry dilakukan pembersihan agar seluruh data yang diperoleh terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis.

#### **4.9.2. Analisis Data**

Analisis data yang akan dilakukan meliputi analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan bantuan program perangkat lunak komputer.

##### **1. Analisis univariat**

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Untuk data numerik (umur, jumlah penghasilan, lama DM) digunakan nilai mean, median, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% *confident interval mean*. Sedangkan data kategorik (motivasi, efikasi diri, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status pernikahan, dukungan keluarga dan depresi) dijelaskan dengan nilai jumlah dan persentase masing-masing kelompok. Penyajian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan yang signifikan antara 2 variabel (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa penelitian yaitu adakah hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP. H. Adam Malik, Medan. Uji statistik untuk analisa bivariat ini disajikan dalam table 4.1.

Tabel 4.1. Uji statistik Analisa data

No	Variabel independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	Motivasi (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
2	Karakteristik responden		
	a. Usia (data interval)	Efikasi diri (data nominal)	Uji t- independen
	b. Jenis kelamin (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
	c. Tingkat pendidikan (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
	d. Pekerjaan (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
	e. Penghasilan (data rasio)	Efikasi diri (data nominal)	Uji t- independen
	f. Status perkawinan (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
	g. Lama DM (data interval)	Efikasi diri (data nominal)	Uji t –independen
	h. Dukungan keluarga (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square
	i. Depresi (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji chi square

### 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan motivasi dengan efikasi diri setelah dikontrol oleh variabel konfounding dengan pemodelan faktor resiko. Uji statistik yang dipakai adalah uji regresi logistik ganda dengan tahapannya meliputi seleksi kandidat, pemodelan multivariat, uji interaksi dan uji konfounding.

#### 1) Seleksi Kandidat

Variabel kandidat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat jika hasil uji bivariat mempunyai nilai *p value*  $< 0.25$  atau secara substansi dianggap penting.

#### 2) Pemodelan Multivariat

Pada seleksi kandidat bila didapatkan *p value*  $< 0.25$  maka variabel dapat masuk dalam pemodelan multivariat. Selanjutnya untuk mendapatkan pemodelan multivariat dilakukan dengan cara mempertahankan variabel yang memiliki nilai *p value*  $\leq 0.05$  dan mengeluarkan variabel yang memiliki nilai *p value*  $> 0.05$  secara bertahap mulai dari *p value* terbesar. Variabel yang dikeluarkan dimasukkan kembali ke dalam model jika terjadi perubahan Odds Ratio (OR) satu atau lebih variabel yang melebihi 10%.

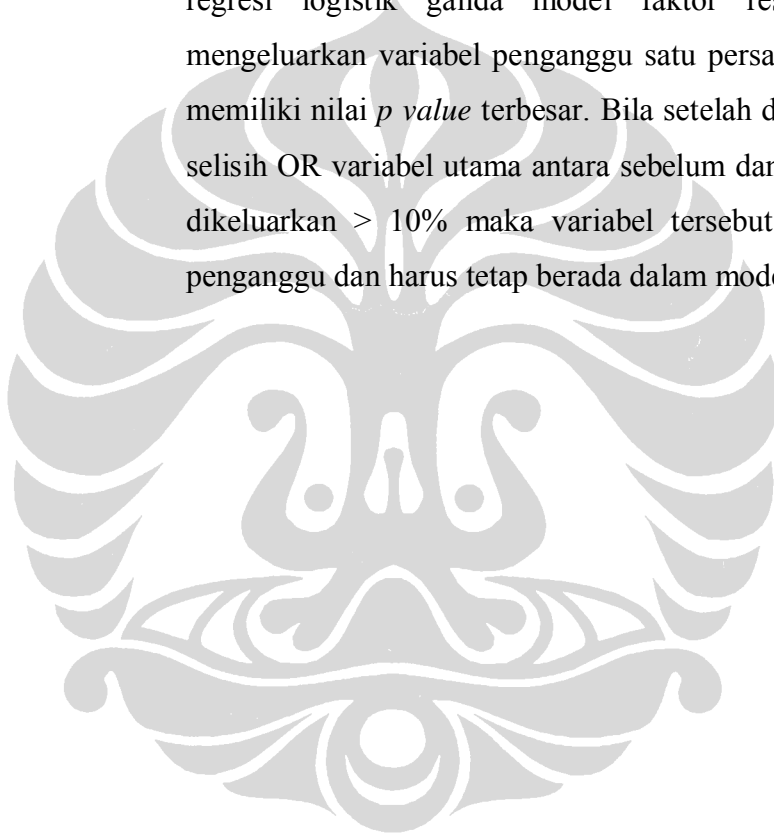
#### 3) Uji Interaksi

Sebelum pemodelan akhir ditetapkan, perlu dilakukan uji interaksi dari variabel-variabel bebas yang diduga ada interaksi. Pada penelitian ini yang diduga ada interaksi yaitu antara motivasi dengan dukungan keluarga dan motivasi dengan depresi. Setelah dilakukan uji interaksi jika menunjukkan *p value*  $< 0.05$  artinya ada interaksi variabel tersebut. Sebaliknya jika *p value*  $> 0.05$  artinya tidak ada interaksi.

#### 4) Uji Pengganggu (*confounding*)

Uji pengganggu pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui adanya pengaruh variabel pengganggu meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status pernikahan, lama menderita DM, dukungan keluarga dan depresi terhadap efikasi diri.

Uji statistik yang digunakan pada uji pengganggu ini adalah uji regresi logistik ganda model faktor resiko. Dengan cara mengeluarkan variabel pengganggu satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai *p value* terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah pengganggu dikeluarkan  $> 10\%$  maka variabel tersebut dinyatakan sebagai pengganggu dan harus tetap berada dalam model (Hastono, 2007).



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Pada Bab 5 ini akan diuraikan hasil penelitian mengenai hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di RSUP. H. Adam Malik Medan. Penelitian ini dilakukan pada Bulan November 2010, dengan jumlah responden sebanyak 110 orang pasien DM tipe 2 yang diperoleh dari poliklinik endokrin RSUP. H. Adam Malik Medan. Hasil penelitian berupa hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

#### 5.1. Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status pernikahan, dan lama menderita DM), dukungan keluarga, depresi, motivasi, dan efikasi diri.

Berikut ini pada tabel 5.1. ditampilkan hasil penelitian terkait karakteristik demografi responden berdasarkan umur, penghasilan/bulan dan lama menderita DM.

Tabel 5.1.  
Hasil Analisis Umur, Penghasilan Responden dan Lama Menderita DM Tipe 2 di RSUP. H. Adam Malik Medan Bulan November (n=110)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min – Maks (CI95%)
Umur (Tahun)	59,32	58	58	7.85	40 - 80
Penghasilan /bulan (Rp) *1000	1952.91	19150.00	1500	949.386	300– 4500
Lama DM (Tahun)	6.05	6	10	3.56	0.3 - 11

Hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata responden berusia 59.32 tahun dengan penghasilan rata-rata Rp. 1.952.910/ bulan, dengan lama menderita DM rata-rata 6 tahun.

Tabel 5.2.

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Pernikahan di RSUP. H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 (n=110)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki – laki	44	40
	Perempuan	66	60
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	2	1.8
	SD	16	14.5
	SMP	17	15.5
	SMA	40	36.4
	Perguruan Tinggi	35	31.8
Pekerjaan	Tidak Bekerja	72	65.5
	Petani/Pedagang/Buruh	6	5.5
	PNS/TNI/POLRI	24	21.8
	Lain – lain	8	7.3
Status Pernikahan	Menikah	86	78.2
	Tidak Menikah	0	0
	Duda/Janda	24	21.8

Pada tabel 5.2 terlihat mayoritas jumlah responden (60%) atau 66 orang berjenis kelamin perempuan, dengan tingkat pendidikan terbanyak (36.4%) SMA. Mayoritas (65.5%) atau 72 responden tidak bekerja, dan 86 responden (78.2%) menikah atau masih memiliki pasangan hidup dan 24 responden (21.8%) berstatus duda/janda.

Tabel 5.3.

Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Depresi yang Dialami Responden di RSUP. H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 (n=110)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Dukungan keluarga	Kurang	18	16.4
	Baik	92	83,6
Depresi	Depresi	44	40
	Tidak depresi	66	60

Pada tabel 5.3 terlihat mayoritas responden (83.6%) atau 58 orang mempunyai dukungan keluarga yang baik dan 58 responden atau (60%) tidak mengalami depresi.

Tabel 5.4.

Distribusi Responden Berdasarkan Motivasi dan Efikasi Diri di RSUP. H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 (n=110)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Motivasi	Kurang baik	84	76.4
	Baik	26	23.6
Efikasi Diri	Kurang baik	52	47.3
	Baik	58	52.7

Pada tabel 5.4 terlihat mayoritas responden (76.4%) memiliki motivasi yang kurang baik dan terlihat lebih setengah jumlah responden (52.7%) memiliki efikasi diri yang baik dalam perawatan DM tipe 2.

## 5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen (motivasi) dan variabel konfonding dengan efikasi diri sebagai variabel dependen. Pada analisis bivariat dilakukan dengan dua uji pada  $\alpha$ : 0.05, yaitu uji *Chi-square* dan *independent t-test*. Uji *chi-square* untuk mengetahui hubungan antara variabel motivasi, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, dukungan keluarga dan depresi dengan efikasi diri. Sedangkan *independent t-test* dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel umur, penghasilan dan lama DM terhadap efikasi diri.

### 5.2.1. Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri

Tabel 5.5.

Analisis Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan November 2010 (n=110)

Motivasi	Efikasi Diri				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Kurang baik	45	53.6	39	46.4	84	100	1	
Baik	7	26.9	19	73.1	26	100	3.13 (1.19-8.24)	0.031*
Jumlah	52	47.3	58	52.7	110	100		

\*signifikan pada  $\alpha$ : 0.05



Berdasarkan hasil analisis hubungan motivasi dengan efikasi diri pada tabel 5.5. terlihat bahwa sebanyak 19 responden (73.1%) memiliki motivasi baik menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri ( $p$  value 0.031,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden dengan motivasi yang baik memiliki peluang 3.13 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki motivasi yang kurang baik (CI 95% OR: 1.19;8.24).

### 5.2.2. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan umur, status sosial ekonomi dan lama DM dengan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.6. di bawah ini.

Tabel 5.6.  
Analisis Hubungan Umur, Status Sosial Ekonomi dan Lama DM  
dengan Efikasi Diri Responden  
di RSUP H. Adam Malik Medan November 2010 (n=110)

Variabel	Efikasi Diri	Mean	SD	SE	N	p value
Umur	Kurang baik	59.85	8.941	1.240	52	0.513
	Baik	58.84	6.761	0.888	58	
Status sosial ekonomi*1000	Kurang baik	1762.50	871.773	120.893	52	0.046*
	Baik	2123.62	990.397	130.045	58	
Lama DM	Kurang baik	5.57	3.84	3.61	52	0.180
	Baik	6.48	3.49	0.46	58	

\*signifikan pada  $\alpha$ : 0.05

Rata-rata umur responden yang memiliki efikasi diri yang baik adalah 58.84 tahun dengan standar deviasi 6.76 tahun, sedangkan pada responden dengan efikasi diri yang kurang baik rata-rata berumur 59.85 tahun dengan standar deviasi 8.94 tahun. Hasil analisis statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan ( $p$  value 0.513,  $\alpha$ : 0.05).

Hasil analisis hubungan antara status sosial ekonomi dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata responden dengan efikasi diri yang baik memiliki penghasilan Rp 2.123.620,- dengan standar deviasi Rp 990.397,-. Hasil analisis didapatkan bahwa ada hubungan antara status sosial ekonomi yang dilihat dari penghasilan/bulan dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan (*p value* 0.046,  $\alpha$ : 0.05).

Hasil analisis hubungan antara lama DM dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata lama DM tipe 2 pada responden yang memiliki efikasi diri baik adalah 6.48 tahun dengan standar deviasi 3.49 tahun. Analisis lebih lanjut didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara lama DM dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan (*p value* 0.180,  $\alpha$ : 0.05).

Hasil analisis hubungan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status pernikahan dengan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.  
Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Pernikahan dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan November 2010 (n=110)

Variabel Penggangu	Efikasi Diri				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n (52)	%	n (58)	%				
<b>Jenis Kelamin</b>								
• Laki-laki	23	52.3	21	47.7	44	100	1	0.508
• Perempuan	29	43.9	37	56.1	66	100	1.397 (0.65-3.01)	
<b>Tingkat Pendidikan</b>								
• Rendah	17	48.6	18	51.4	35	100	1	1.000 (0.48-2.41)
• Tinggi	35	46.7	40	53.3	75	100	1.079	
<b>Pekerjaan</b>								
• Tak bekerja	34	47.2	38	52.8	72	100	1	1.000 (0.45-2.18)
• Bekerja	18	47.4	20	52.6	38	100	0.994	
<b>Status Pernikahan</b>								
• Duda/janda	13	54.2	11	45.8	24	100	1	0.593 (0.28-1.74)
• Menikah	39	45.3	47	54.7	86	100	0.702	

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri terlihat bahwa sebanyak 37 responden (56.1%) berjenis kelamin perempuan menunjukkan efikasi diri yang baik dan 21 responden (47.7%) laki-laki menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri (*p value* 0.508,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan memiliki peluang 1.397 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki (CI 95% OR: 0.65 ; 3.01).

Hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan efikasi diri menunjukkan bahwa sebanyak 40 responden (53.3%) yang berpendidikan tinggi dan 18 responden (51.4%) yang berpendidikan rendah menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan efikasi diri (*p value* 1.000,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki peluang 1.079 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang tingkat pendidikannya rendah (CI 95% OR: 0.48;2.41)

Hasil analisis hubungan pekerjaan dengan efikasi diri menunjukkan bahwa sebanyak 38 responden (52.8%) yang tidak bekerja dan 20 responden (52.6%) yang bekerja menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pekerjaan dengan efikasi diri (*p value* 1.000,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden yang bekerja memiliki peluang 0.994 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang tidak bekerja (CI 95% OR: 0.45;2.18).

Hasil analisis hubungan status pernikahan dengan efikasi diri menunjukkan bahwa sebanyak 47 responden (54.7%) yang menikah (memiliki pasangan) dan 11 responden (45.8%) yang telah kehilangan pasangan hidupnya menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri ( $p$  value 0.593,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden yang masih memiliki pasangan hidup berpeluang 0.702 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang berstatus janda/duda (CI 95% OR: 0.28;1.74).

### 5.2.3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.13. di bawah ini.

Tabel 5.8.  
Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri  
Responden di RSUP H. Adam Malik Medan November 2010  
(n=110)

Dukungan keluarga	Efikasi Diri				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	N	%	n	%		
Kurang	14	77.8	4	22.2	18	100	1	
Baik	38	41.3	54	58.7	92	100	4.974 (1.52-16.29)	0.010*
Jumlah	52	47.3	65	52.7	110	100		

\*signifikan pada  $\alpha$ : 0.05

Berdasarkan hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri pada tabel 5.8. menunjukkan bahwa sebanyak 54 responden (58.7%) yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri ( $p$  value 0.010,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki peluang 4.97 kali

menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang kurang mendapat dukungan keluarga (CI 95% OR: 1.52;16.29).

#### 5.2.4. Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan depresi dengan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.14. di bawah ini.

Tabel 5.9.  
Analisis Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Responden  
Di RSUP H. Adam Malik Medan November 2010 (n=110)

Depresi	Efikasi Diri				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Baik		n	%		
	n	%	n	%				
Depresi	27	61.4	17	38.6	44	100	1	
Tidak depresi	25	37.9	41	62.1	66	100	2.605 (1.19-5.71)	0.026*
Jumlah	45	47.3	65	52.7	110	100		

\*signifikan pada  $\alpha$ : 0.05

Berdasarkan hasil analisis hubungan depresi dengan efikasi diri pada tabel 5.9. menunjukkan bahwa sebanyak 41 responden (62.1%) yang tidak mengalami depresi menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri ( $p$  value 0.026,  $\alpha$ : 0.05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden yang tidak depresi memiliki peluang 2.61 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang mengalami depresi (CI 95% OR: 1.19;5.71).

#### 5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan motivasi dengan efikasi setelah dikontrol oleh variabel konfounding. Pada penelitian ini digunakan regresi logistik dengan model faktor resiko.

Langkah pemodelannya adalah sebagai berikut:

### 1. Seleksi kandidat

Pada tahap ini, dilakukan penyeleksian variabel bebas (motivasi) dan variabel pengganggu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status pernikahan, lama DM, dukungan keluarga dan depresi) yang diduga berhubungan dengan efikasi diri. Hasil analisis bivariat yang dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.10.  
Hasil Seleksi Bivariat Uji Regresi Logistik Variabel Bebas dan Variabel Konfounding dengan Efikasi Diri

No	Variabel	p value
1	Motivasi	0.016*
2	Umur	0.502
3	Jenis kelamin	0.391
4	Tingkat pendidikan	0.852
5	Pekerjaan	0.988
6	Status sosial ekonomi	0.043*
7	Status Pernikahan	0.444
8	Lama DM	0.176*
9	Dukungan Keluarga	0.004*
10	Depresi	0.015*

\*variabel dengan  $\alpha < 0.25$  (kandidat multivariat, masuk ke tahap selanjutnya)

Tabel 5.10 menunjukkan ada 5 variabel yang nilai *P value*-nya  $< 0,25$ , yaitu motivasi, status sosial ekonomi, lama DM, dukungan keluarga, dan depresi, sehingga kelima variabel tersebut bisa diteruskan ke dalam pemodelan multivariat.

### 2. Pemodelan multivariat

Hasil uji regresi logistik berganda menghasilkan dari 5 variabel terdapat 1 variabel yang memiliki *p value*  $> 0,05$  yaitu lama menderita DM. Kelima variabel tersebut dikeluarkan secara bertahap mulai dari variabel dengan *p value* terbesar. Ternyata lama DM dan status sosial ekonomi keluar dari pemodelan. Hasil pemodelan multivariat ditunjukkan pada tabel 5.1.

Tabel 5.11.

Hasil Pemodelan Baku Emas Variabel Bebas dan Variabel Konfonding dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 (N=110)

No	Variabel	B	Wald	<i>p</i> -value	OR (CI 95%)
1	Motivasi				1
	• Kurang				3.849
	• Baik	1.348	6.236	0.013	(1.336-11.084)
2	Dukungan keluarga				1
	• Kurang				3.845
	• Baik	1.347	4.284	0.038	(1.074-13.767)
3	Depresi				1
	• Depresi				2.272
	• Tidak depresi	0.821	3.348	0.067	(0.943-5.473)
	Constant	-1.822	8.441	0.004	0.162

Analisis pada pemodelan di atas menunjukkan dua variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan efikasi diri yaitu motivasi dan dukungan keluarga. Variabel depresi tetap dimasukkan ke dalam model karena secara substansi depresi dianggap penting dan berpengaruh terhadap efikasi diri (Lustman, 2000 dalam Wu, 2007) dan secara statistik untuk penelitian sosial nilai  $\alpha$ : 10% masih dapat diterima. Selanjutnya, ketiga variabel tersebut akan dilakukan uji interaksi pada tahap berikutnya.

Berdasarkan tabel 5.11. terlihat bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri responden (*p value* 0.013,  $\alpha$ : 0.05). Responden yang memiliki motivasi yang baik berpeluang 3.849 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki motivasi yang kurang baik setelah dikontrol oleh dukungan keluarga dan depresi (CI 95% OR: 1.336;11.084).

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri (*p value* 0.038,  $\alpha$ : 0.05). Responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik berpeluang 3.845 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan

responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga setelah dikontrol oleh motivasi dan depresi (CI 95% OR: 1.074;13.767).

Ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri (*p value* 0.067,  $\alpha$ : 0.10). Responden yang tidak mengalami depresi berpeluang 2.272 kali memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang mengalami depresi setelah dikontrol oleh motivasi dan dukungan keluarga (CI 95% OR: 0.943;5.473).

### 3. Uji interaksi

Uji interaksi dilakukan sebelum pemodelan terakhir ditetapkan. Tabel 5.17. menunjukkan hasil uji interaksi variabel motivasi, dukungan keluarga dan depresi yang diduga ada interaksi sebelum pemodelan terakhir ditetapkan.

Tabel 5.12.

Hasil Uji Interaksi Variabel Motivasi, Dukungan Keluarga dan Depresi dalam Hubungannya dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan (n=110)

No	Variabel	<i>p-value</i>
1	Motivasi*dukungan keluarga	0.999
2	Motivasi*depresi	0.685

Analisis tabel di atas menunjukkan tidak terdapat interaksi yang bermakna dari masing-masing variabel dalam hubungan dengan efikasi diri ( $p > 0,05$ ).

### 4. Uji Konfounding

Uji konfounding dilakukan untuk menilai variabel kandidat konfounding yang mempengaruhi hubungan antara variabel utama dengan efikasi diri. Variabel yang memiliki *p value*  $> 0.05$  dikeluarkan secara bertahap, kemudian dihitung selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel konfounding dikeluarkan. Jika nilai OR  $> 10\%$  berarti variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap beradadi dalam model.



Setelah masing-masing variabel konfounding yang memiliki p value > 0.05 dikeluarkan, ternyata variabel depresi memiliki perubahan nilai OR > 10% sehingga variabel tersebut tetap dipertahankan dalam model sebagai konfounding. Sedangkan variabel dukungan keluarga memiliki selisih OR < 10% sehingga dikeluarkan dari model. Hasil uji konfounding dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13.  
Hasil Analisis Uji Konfounding dalam Hubungan Antara Motivasi dengan Efikasi Diri Responden

Variabel utama	Variabel kandidat konfounding	OR variabel utama		Perubahan OR
		Sebelum dikeluarkan	Setelah dikeluarkan	
Motivasi	Dukungan keluarga	3.849	3.736	2.9%
	Depresi	3.849	3.410	11.4%

Setelah dilakukan uji konfounding didapatkan hasil bahwa depresi merupakan faktor konfounding dalam hubungan antara motivasi dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan.

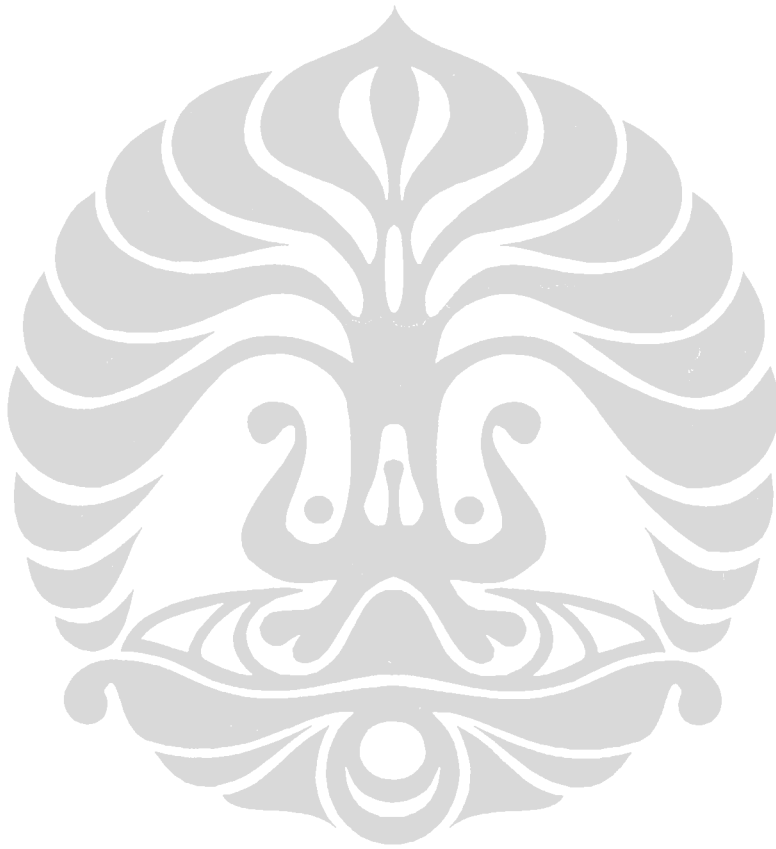
##### 5. Pemodelan Akhir

Tabel 5.14.  
Hasil Pemodelan Akhir Variabel Utama dan Variabel Konfounding dengan Efikasi Diri Responden di RSUP H. Adam Malik Medan Bulan November 2010 (N=110)

No	Variabel	B	Wald	p-value	OR	(CI 95%)
1	Motivasi					1
	• Kurang					
	• Baik	3.318	6.448	0.011	3.736	1.351-10.332
2	Depresi					1
	• Depresi					
	• Tidak depresi	1.108	6.844	0.009	3.029	1.320 - 6.948
	Constant	-0.846	5.576	0.018	0.492	

Dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa individu yang memiliki motivasi yang baik berpeluang 3.736 kali untuk memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan dengan individu yang memiliki motivasi kurang baik setelah dikontrol oleh depresi (CI 95% OR: 1.351;10.332).

Individu yang tidak mengalami depresi berpeluang 3.029 kali memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan dengan individu yang mengalami depresi setelah dikontrol oleh motivasi (CI 95% OR: 1.320;6.948).



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 6 ini akan disajikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, serta implikasi hasil penelitian.

#### **6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1. Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri**

Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan tertentu guna untuk mencapai suatu tujuan (Marquis & Huston, 2006). Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan (Swansburg & Swansburg, 1999). Motivasi merupakan salah satu faktor yang memberikan pengaruh terhadap efikasi diri pasien. Motivasi yang tinggi dapat meningkatkan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam perawatan diri (Da Silva, 2003).

Motivasi merupakan prediktor terhadap kepatuhan dalam regimen terapi dan kontrol glikemik (Butler, 2002). Menurut teori sosial kognitif (Bandura, 1997), motivasi manusia didasarkan pada kognitif dan melalui proses pemikiran yang didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki oleh individu. Individu akan termotivasi untuk melakukan suatu tindakan jika sesuai dengan tujuan, rencana dan hasil yang diharapkan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (76.4%) memiliki motivasi yang kurang dalam perawatan DM. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan William, Rodin, Ryan, Grolnick & Deci, (1998 dalam Butler 2002) yang menyatakan bahwa motivasi sebagian besar pasien kurang dalam perawatan diri sehingga untuk selanjutnya disarankan pada perawat dan juga dokter untuk meningkatkan motivasi pasien dalam konteks penyakit DM dengan meningkatkan otonomi pasien secara intrinsik.

Dari hasil wawancara dengan beberapa responden, peneliti menyimpulkan bahwa motivasi yang kurang dari responden di RSUP H. Adam Malik Medan terhadap perawatan DM disebabkan oleh kurangnya pendidikan kesehatan dari perawat untuk meningkatkan kesadaran diri responden tentang penyakit DM, penatalaksanaannya dan komplikasi yang terjadi akibat perawatan yang tidak baik. Akibatnya responden memiliki pengetahuan yang kurang tentang perawatan diri dan tidak mengetahui dengan jelas tentang tujuan perawatan DM serta hasil yang diharapkan dari perawatan tersebut. Berdasarkan hasil wawancara tersebut juga didapatkan bahwa responden datang berobat jalan ke poliklinik endokrin RSUP H. Adam Malik Medan atas kesadaran sendiri dan merupakan rutinitas untuk berobat. Jika ada suatu hal atau kegiatan yang menghalangi responden untuk melakukan perawatan diri atau kontrol berobat ke rumah sakit, pasien kurang merasa bersalah karena bisa diganti pada hari lain.

Menurut Pintrich dan Schunk (1996), motivasi melibatkan aktifitas fisik maupun aktifitas mental. Aktivitas fisik meliputi usaha, ketekunan dan tindakan nyata lainnya, sedangkan aktivitas mental melibatkan tindakan kognitif seperti perencanaan, latihan, pengaturan, pembuatan keputusan, menyelesaikan masalah dan penilaian kemajuan. Individu yang memiliki motivasi yang tinggi akan terlihat dalam tindakan atau prilakunya. Individu akan memiliki keyakinan yang baik bahwa dirinya mampu untuk melakukan suatu tugas atau tindakan tertentu.

Individu yang berperilaku berdasarkan motivasi intrinsik akan lebih bertahan dan terus termotivasi daripada individu yang berperilaku karena motivasi ekstrinsik (Deci & Ryan, 1985 dalam Da Silva, 2003). Oleh karena itu tenaga kesehatan harus memberikan pendidikan kesehatan yang jelas untuk meningkatkan kesadaran diri pasien serta meningkatkan motivasi intrinsik pasien agar pasien memiliki keyakinan akan kemampuannya dalam melakukan perawatan diri sehingga pasien benar-

benar melakukan perawatan diri tersebut atas kesadaran sendiri atau tanpa paksaan orang lain.

Analisis hubungan motivasi dengan efikasi diri menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi yang baik menunjukkan efikasi diri yang baik. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri (*p value*: 0.031,  $\alpha$ : 0.05).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki motivasi yang tinggi akan menunjukkan hasil yang positif dalam pengelolaan DM seperti peningkatan partisipasi dalam program latihan fisik dan melaporkan gejala depresi yang rendah (Talbot & Nouwen, 1999 dalam Wu, 2007). Begitu juga penelitian Senecal et al., (2000 dalam Butler 2002) menyimpulkan bahwa efikasi diri mempengaruhi kepatuhan pasien DM dalam diet dan meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Williams et al., (1998 dalam Butler, 2002) menyatakan bahwa lingkungan sosial, keluarga dan tenaga kesehatan berpengaruh dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku pasien. Seseorang yang mendapat dukungan dari keluarga, dan sekitarnya serta dukungan dari tenaga kesehatan yang sifatnya tidak menekan, mengontrol dengan ketat atau otoriter akan meningkatkan motivasi, efikasi diri pasien dan merubah perilaku perawatan diri yang adaptif.

Adanya orang terdekat atau keluarga yang memberikan dukungan pada pasien DM tipe 2 akan meningkatkan motivasi dan efikasi diri karena adanya perhatian dari anggota keluarga untuk melakukan pengelolaan penyakit secara mandiri, seperti terkait diet, aktivitas dan pengobatan. Adanya dukungan orang terdekat atau keluarga membuat pasien merasa lebih berarti dan memotivasinya untuk memiliki kepercayaan diri agar mampu beradaptasi dengan kondisinya.

Dukungan keluarga juga berhubungan dengan gejala depresi pada pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga yang suportif akan mencegah atau menurunkan gejala depresi pada pasien DM tipe 2, sebaliknya dukungan yang non suportif dapat meningkatkan terjadinya gejala depresi pada pasien DM tipe 2 (Skarbek, 2006).

Depresi dapat berkontribusi terhadap penurunan fungsi fisik dan mental yang menyebabkan pasien DM tipe 2 kehilangan motivasi untuk melakukan perawatan diri harian sehingga terjadi gangguan kontrol glikemik dan beresiko terjadinya komplikasi lebih lanjut (Lustman, 2000 dalam Wu, 2007). Depresi berhubungan dengan penurunan motivasi dan efikasi diri. Pasien yang mengalami depresi, memiliki motivasi dan efikasi diri yang rendah (Wu, 2007).

Hasil analisis multivariat dari penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan setelah dikontrol oleh variabel depresi. Responden yang memiliki motivasi yang baik berpeluang 3.74 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki motivasi yang kurang baik setelah dikontrol oleh variabel depresi (CI 95% OR: 1.351;10.322).

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa faktor internal dari diri individu sangat berpengaruh terhadap efikasi diri yaitu motivasi dan depresi. Efikasi diri merupakan suatu bentuk perilaku kesehatan. Menurut Bloom (dalam Notoatmodjo, 2005), perilaku yang terbentuk di dalam diri seseorang dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu stimulus yang merupakan faktor dari luar diri seseorang (faktor eksternal) dan respons yang merupakan faktor dari dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal adalah faktor lingkungan baik fisik seperti iklim, cuaca maupun non-fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Sedangkan faktor internal adalah perhatian, pengamatan,

persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, depresi dan sebagainya yang merespon stimulus dari luar.

Jika seorang individu tidak berminat atau termotivasi untuk merespon stimulus dari lingkungan luar seperti dukungan sosial, keluarga, dan lingkungan maka akan sulit untuk merubah perilakunya ke arah yang positif, misalnya pada individu yang mengalami depresi yang sulit untuk menerima stimulus dari luar dirinya. Seberapa besarpun keluarga dan lingkungan memberikan dukungan, tidak akan merubah perilaku individu tersebut jika tidak ada keinginan dari individu itu sendiri untuk berubah.

Selain itu motivasi intrinsik sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang termotivasi secara intrinsik akan lebih mempertahankan perilakunya yang adaptif daripada seseorang yang termotivasi secara ekstrinsik.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

### **6.1.2. Hubungan Karakteristik Demografi Responden dengan Efikasi Diri**

#### **1) Jenis Kelamin**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (60%) berjenis kelamin perempuan. Hasil penelitian Kott (2008) mengenai hubungan efikasi diri, perilaku perawatan diri dan kadar glikosilat hemoglobin pada pasien DM Tipe 2, sebagian besar responden (59%) juga perempuan. Demikian pula pada penelitian Wu et al., (2006) untuk mengetahui hubungan efikasi diri, harapan dan perilaku perawatan diri pasien DM tipe 2 di Taiwan, mayoritas (64.1%) berjenis kelamin perempuan.

DM merupakan salah satu penyakit dengan angka kejadian tertinggi di Indonesia dan tingginya angka tersebut menjadikan Indonesia peringkat

keempat jumlah penderita DM terbanyak di dunia setelah Amerika Serikat, India dan Cina (Suyono, 2006). Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian DM pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki (Stipanovic, 2002; Wu, 2007). Tingginya kejadian DM pada perempuan dipengaruhi oleh beberapa faktor resiko, seperti obesitas, kurang aktivitas/latihan fisik, usia dan riwayat DM saat hamil (Radi, 2007).

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri didapatkan bahwa persentase responden perempuan lebih besar dalam menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan responden laki-laki yaitu, responden perempuan sebesar 56.1%, sedangkan pada responden laki-laki sebesar 47.7%. Hasil analisis statistik pada  $\alpha$ : 0.05 memberikan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri. Hasil analisis ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Stipanovic (2002), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin, usia dan status pernikahan terhadap efikasi diri kecuali tingkat pendidikan. Begitu juga hasil penelitian yang dilakukan Wu et al., (2006) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Mystakidou et al., (2010) pada pasien kanker yang menyimpulkan bahwa efikasi diri dipengaruhi oleh komponen kecemasan, usia, kondisi fisik dan jenis kelamin. Berdasarkan penelitian tersebut, laki-laki memiliki efikasi diri lebih tinggi dibandingkan perempuan. Begitu juga penelitian Rubin dan Peyrot (2001 dalam Wu, 2007) menyatakan bahwa pasien DM perempuan, tidak memiliki pasangan dan berpendidikan rendah lebih mudah mengalami depresi sehingga dapat menurunkan motivasi untuk melakukan perawatan diri DM.

Menurut peneliti, laki-laki memiliki kecenderungan memiliki kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mampu mengatasi berbagai masalah secara lebih mandiri menggunakan kemampuan yang mereka miliki, termasuk saat



mengalami penyakit DM. Di satu sisi perempuan memiliki kecenderungan lebih patuh dalam menjalani pengobatan dan perawatan diri dibandingkan laki-laki.

Hasil secara statistik yang menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri, dapat diartikan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama dalam menyelesaikan berbagai masalah atau melakukan coping, serta dalam berperilaku sesuai dengan yang diharapkan. Laki-laki dan perempuan memiliki keyakinan yang sama akan kemampuan mereka dalam berperilaku sesuai dengan yang diharapkan untuk mengelola penyakitnya.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

## 2) **Umur**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata responden berusia 59.32 tahun dengan median 58 tahun dan modus 58 tahun. Hasil estimasi interval memberikan hasil bahwa dengan keyakinan 95%, usia responden berada pada rentang 40-80 tahun.

Umur mempengaruhi resiko dan kejadian DM. Umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar glukosa darah, sehingga semakin meningkat umur maka prevalensi DM dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia. Menurut WHO setelah usia 30 tahun, maka kadar glukosa darah akan naik 1-2 mg/dL/tahun pada saat puasa dan akan naik 5,6-13 mg/dL pada 2 jam setelah makan (Sudoyo, 2006). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut bahwa sebagian besar pasien berumur diatas 55 tahun dengan usia termuda 40 tahun dan tertua 80 tahun dengan kadar gula darah yang berfluktuasi.

Efikasi diri pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Sedangkan pada usia dewasa berfokus pada efikasi diri yang dimiliki terkait dengan kemampuannya untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan berusaha mencapai kesuksesannya (Bandura, 1994). Sehubungan dengan penatalaksanaan DM, sebagian besar responden yang lansia lebih berfokus pada penerimaan mereka terhadap penyakit yang dialami dan berusaha untuk mempertahankan kemampuan fisiknya.

Analisis hubungan antara umur dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata umur responden yang memiliki efikasi diri baik adalah 58.84 tahun dengan standar deviasi 6.76 tahun. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wantiyah, Sitorus dan Gayatri (2010) yang memberikan hasil bahwa pasien dengan usia lebih tua memiliki efikasi diri yang lebih tinggi dibandingkan usia lebih muda (usia rata-rata 60,95 dengan rentang 34-92 tahun). Penelitian Wantiyah, Sitorus dan Gayatri (2010) mengindikasikan bahwa pasien yang lebih tua lebih yakin akan kemampuannya untuk mengelola dan melakukan perawatan penyakitnya. Quackenbush, Brown dan Dunchin (1996 dalam Butler, 2002) menyimpulkan bahwa lansia lebih memiliki kepercayaan tentang kemampuannya untuk mengelola dan mengontrol diabetesnya dengan lebih baik dibandingkan dewasa muda.

Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara umur responden dengan efikasi diri (*p value*: 0.506,  $\alpha$ : 0.05). Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wu et al., (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin dengan efikasi diri kecuali pasien yang telah lama mengalami penyakit DM yakni  $\geq 11$  tahun memiliki efikasi diri yang baik karena memiliki coping dan pengelolaan stres yang baik.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Mystakidou et al., (2010) yang menyatakan bahwa umur berhubungan secara positif dengan efikasi diri. Pasien dengan umur lebih tua memiliki efikasi diri lebih tinggi dalam melakukan coping dan secara umum lebih terarah dibandingkan dengan yang berusia lebih muda.

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan antara umur dengan efikasi diri disebabkan karena dari data poliklinik endokrin RSUP H. Adam Malik Medan diketahui bahwa lebih dari 50% pasien DM tipe 2 memiliki komplikasi. Kemungkinan pada responden yang lebih tua memiliki komplikasi atau penyakit penyerta yang akan semakin menurunkan fungsi fisiknya sehingga pasien merasa tidak mampu untuk melakukan perawatan dirinya dengan baik seperti berolah raga. Sedangkan pada responden yang dewasa kemungkinan lebih berfokus pada pekerjaan dan berusaha untuk mencapai kesuksesan dalam pekerjaan dan rumah tangganya.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara umur dengan efikasi diri ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

### 3) **Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan sebagian besar responden di RSUP H. Adam Malik, Medan berada pada kategori tinggi, yaitu SMA dan perguruan tinggi/akademik (68.2%).

Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu. Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Keyakinan akan kemampuan diri (efikasi diri), kemampuan melakukan pengelolaan DM dan pencegahan

komplikasi dihasilkan dari interaksi pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap pengelolaan DM (Temple, 2003).

Menurut Bandura (1997), kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan berperilaku sesuai tujuan didasari oleh aktivitas kognitif. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan tertentu (Peterson & Bedrow, 2004).

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri. Hasil ini didukung oleh penelitian Wu et al., (2006) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan dengan efikasi diri pada pasien DM tipe 2. Berbeda dengan penelitian Stipanovic (2002) menjelaskan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri dan perilaku perawatan diri DM dimana responden yang memiliki pendidikan tinggi memiliki efikasi diri yang baik.

Menurut peneliti, sesuai hasil penelitian ini bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan efikasi diri dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden tidak menjamin efikasi diri yang baik. Tingkat pendidikan yang tinggi pada responden dalam penelitian ini merupakan pendidikan formal secara umum bukan menggambarkan pendidikan khusus mengenai penyakit DM, namun seharusnya responden dengan pendidikan tinggi lebih mudah memahami dan menerima suatu informasi sehingga membantu dalam meningkatkan efikasi dirinya. Berdasarkan pengalaman saat meneliti, ada beberapa responden yang berpendidikan tinggi dan mengetahui bagaimana penatalaksanaan DM yang benar, namun masih sulit untuk melaksanakannya dengan berbagai alasan termasuk salah satunya kurang motivasi untuk melakukan perawatan diri.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

#### 4) Pekerjaan

Sebagian besar responden di RSUP H.Adam Malik, Medan adalah tidak bekerja (65%), baik tidak bekerja dalam arti sesungguhnya atau sudah pensiun. Pada penelitian Wu et al (2006) juga didapatkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja (84.1%).

Hasil analisis hubungan pekerjaan dengan efikasi diri menunjukkan bahwa efikasi diri yang lebih baik ditunjukkan hampir sama oleh responden yang tidak bekerja (52.8%) dan responden yang bekerja (52.6%). Status pekerjaan berhubungan dengan aktualisasi diri seseorang dan mendorong seseorang lebih percaya diri dan bertanggung jawab untuk menyelesaikan tugas. Namun responden yang bekerja kemungkinan besar memiliki kegiatan yang padat dan mengalami stres yang tinggi terhadap pekerjaan sehingga dapat mempengaruhi efikasi dirinya dalam pengelolaan DM. Responden yang tidak bekerja lebih memiliki banyak waktu untuk mengelola penyakitnya.

Hasil analisis statistik pada  $\alpha: 0.05$  menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri ( $p$  value 1.000). Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wu et al., (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri pada pasien DM tipe 2. Hal ini dapat disimpulkan bahwa efikasi diri responden yang bekerja dan tidak bekerja adalah sama.

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri bisa disebabkan karena kondisi pekerjaan dapat menjadi sumber stressor yang dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk menyelesaikan masalah. Kondisi stress merupakan salah satu faktor resiko

yang dapat memperberat kondisi pasien DM tipe 2, yang akan berdampak terhadap penurunan motivasi, efikasi diri dan kemampuan untuk melakukan perawatan diri.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri ditolak.

#### 5) Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi dalam penelitian ini dilihat dari penjumlahan penghasilan pasien dengan pasangan hidupnya, atau responden itu sendiri jika pasangannya tidak bekerja atau sudah meninggal dunia. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa penghasilan rata-rata per bulan responden di RSUP H. Adam Malik Medan adalah sebesar Rp 1.952.910,-. Rata-rata jumlah penghasilan responden di RSUP H. Adam Malik Medan berada diatas upah minimum propinsi (UMP) Sumatera Utara tahun 2010 yaitu Rp 965.000,-.

Hasil analisis hubungan antara status sosial ekonomi dengan efikasi diri menggambarkan bahwa rata-rata responden dengan penghasilan yang tinggi menunjukkan efikasi diri yang baik. Secara statistik diperoleh hasil bahwa ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik, Medan (*p value* 0.046,  $\alpha$ : 0.05).

Status sosial ekonomi dan pengetahuan tentang diabetes mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri DM. Dengan keterbatasan finansial akan membatasi pasien mencari informasi tentang penyakitnya dan mempengaruhi motivasi dan efikasi diri pasien untuk melakukan perawatan sehingga mengganggu dalam terapi medis dan perawatan DM (Butler, 2002).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Polly (1992 dalam Butler, 2002) menyatakan bahwa keterbatasan finansial sering menjadi hambatan untuk patuh terhadap penatalaksanaan DM. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Rubin (2000) yang menyatakan bahwa pasien DM dengan

penghasilan baik berpengaruh positif terhadap kesehatan dan kontrol glikemik. Hal ini dapat berkaitan dengan beberapa hal, yaitu pasien dengan tingkat pendapatan yang lebih tinggi memiliki sumber pendukung yang lebih banyak untuk tetap beraktivitas dan melakukan kontrol kesehatan lebih rutin.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

#### **6) Status Pernikahan**

Semua responden di RSUP H. Adam Malik, Medan pada penelitian ini telah menikah dan sebagian besar (78.2%) masih memiliki pasangan. Hasil analisis menunjukkan lebih dari setengah responden (54,7%) yang memiliki pasangan menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan pasien DM yang sudah tidak memiliki pasangan. Hal ini dapat terjadi karena pasien yang masih memiliki pasangan akan mendapatkan dukungan dan perhatian dalam mengelola penyakitnya sehingga efikasi dirinya lebih baik daripada yang tidak memiliki pasangan.

Hasil analisa statistik lebih lanjut pada  $\alpha: 0.05$  menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wu et al., (2006) yang menyatakan bahwa efikasi diri responden tidak berhubungan dengan keberadaan pasangan hidup. Hal itu juga diperkuat oleh penelitian Kott (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri dan kontrol glikemik. Rubin dan Peyrot (2001 dalam Wu, 2007) menyatakan bahwa pasien DM dengan jenis kelamin perempuan, tidak memiliki pasangan dan berpendidikan rendah lebih mudah mengalami depresi sehingga dapat menurunkan motivasi untuk melakukan perawatan diri DM.

Menurut peneliti, status pernikahan tidak berhubungan dengan efikasi diri karena keberadaan pasangan tidak selalu bisa mendukung apalagi jika pernikahan tersebut memiliki masalah maka akan menjadi sumber stressor bagi pasien. Dengan semakin banyaknya stressor yang dialami dapat menurunkan kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalah atau coping individu tidak efektif sehingga akan mempengaruhi efikasi diri pasien.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

#### **7) Lama DM**

Lama mengalami DM tipe 2 seringkali kurang menggambarkan proses penyakit yang sebenarnya. Hal ini dikarenakan banyak sekali pasien DM tipe 2 yang baru terdiagnosa pada saat telah mengalami komplikasi, padahal proses pejaalan penyakit telah terjadi bertahun-tahun sebelumnya namun belum terdiagnosa.

Dari hasil penelitian, lama DM tipe 2 yang dialami responden rata-rata 6 tahun. Hasil analisis hubungan lama mengalami DM dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata lama mengalami DM pada responden yang memiliki efikasi diri yang baik adalah 6.48 tahun dengan standar deviasi 3.49 tahun. Hasil ini menunjukkan bahwa responden dalam waktu yang lebih lama memiliki efikasi diri yang baik.

Pengalaman selama sakit dan mekanisme coping dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam melakukan aktivitas dan melakukan perawatan dirinya (Wu et al., 2006). Sepanjang waktu seiring dengan lamanya penyakit yang dialami, pasien dapat belajar bagaimana seharusnya melakukan pengelolaan penyakitnya. Pengalaman langsung pasien merupakan sumber utama terbentuknya efikasi diri (Bandura, 1997). Selain itu, pengalaman orang lain merupakan sumber efikasi kedua setelah pengalaman pribadi. Dengan berjalannya waktu, pasien juga dapat belajar



dari pengalaman orang lain bagaimana mengelola penyakit dan mempertahankan coping yang adaptif.

Hasil analisis statistik lebih lanjut menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara lama menderita DM dengan efikasi diri pada responden di RSUP H. Adam Malik, Medan ( $p$  value 0.180,  $\alpha$ : 0.05). Lama mengalami DM tipe 2 tidak berhubungan dengan efikasi diri bisa disebabkan karena dengan lamanya mengalami DM, akan terjadi banyak kerusakan sel dan fungsi dalam tubuh sehingga semakin mudah muncul berbagai gangguan fisik dan metabolik atau dengan kata lain sudah terjadi komplikasi. Seseorang dengan komplikasi akan mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri karena adanya berbagai gangguan dan keterbatasan yang dapat menyebabkan efikasi diri pasien menjadi rendah (Bernal, Woolley, Schenzul & Dickinson, 2000).

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara lama DM dengan efikasi diri ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

### **6.1.3. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Efikasi Diri**

Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih dari separuh pasien DM tipe 2 (58.7%) di RSUP H. Adam Malik, Medan mendapatkan dukungan yang baik dari anggota keluarga. Analisa statistik pada  $\alpha$ : 0.05 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri ( $p$  value 0.010, 95% CI: 1.152;16.286). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa responden yang mendapat dukungan keluarga memiliki peluang 4.97 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Belgrave & Lewis (1994, dalam Wu, 2007) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga memiliki

hubungan yang signifikan dengan efikasi diri, perilaku kesehatan yang positif dan kepatuhan dalam melakukan aktivitas perawatan diri DM.

Adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien DM tipe 2 untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri (Skarbek, 2006). Pasien DM tipe 2 yang berada dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya akan dapat menimbulkan perasaan nyaman dan aman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melaksanakan perawatan diri. Allen (2006) menjelaskan bahwa dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan, dukungan emosional terkait monitoring glukosa, diet dan latihan dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri sendiri.

Mills (2008) menyatakan ada beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita DM yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk mengenali penyakit DM bahwa DM tidak bisa disembuhkan, sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelola penyakitnya. Selain itu tinggal bersama dengan anggota keluarga yang sakit dan memberikan bantuan, menyediakan waktu, mendorong untuk terus belajar dan mencari tambahan pengetahuan tentang DM merupakan bentuk-bentuk kegiatan yang bisa dilakukan keluarga dalam rangka memberi dukungan pada anggota keluarga yang sakit.

Saltzman dan Holahan (2002 dalam Skarbek, 2006) menjelaskan bahwa dukungan dari keluarga pada pasien DM tipe 2 dapat menurunkan gejala depresi secara tidak langsung, sehingga dapat meningkatkan efikasi diri dan mekanisme koping dari pasien. Dukungan keluarga yang suportif membantu pasien mengatasi gejala depresi dengan berbagi cerita, memberi perhatian, motivasi dan semangat dalam menjalani pengobatan.

Kim et al., (2008) menyatakan bahwa adanya dukungan dari keluarga dan teman terkait pengaturan diet memiliki hubungan dengan pemilihan diet yang lebih baik dengan tidak mengonsumsi makanan yang tidak sehat.

Hal tersebut disebabkan karena adanya orang-orang yang akan selalu mengingatkan atau membantu pasien untuk tidak mengkonsumsi makanan yang tidak sehat atau berperilaku yang dapat memperberat kondisinya. Pasien DM yang mendapatkan dukungan bahwa mereka mampu melakukan perawatan dirinya secara mandiri akan memiliki efikasi diri yang baik. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, dan sebaliknya seseorang dapat menjadi gagal karena pengaruh atau sugesti dari sekitarnya (Bandura, 1994).

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

#### **6.1.4. Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri**

Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih dari separuh (60%) pasien DM tipe 2 di RSUP H. Adam Malik, Medan tidak mengalami depresi. Analisis hubungan depresi dengan efikasi diri menunjukkan bahwa mayoritas (62.1%) responden yang tidak mengalami depresi memiliki efikasi diri yang baik. Sebaliknya 61.4% responden yang mengalami depresi memiliki efikasi diri yang kurang baik. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kejadian depresi dengan efikasi diri ( $p$  value 0.026,  $\alpha$ : 0.05). Hal ini sesuai dengan penelitian Ikeda et al., (2000 dalam Skarbek, 2006) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara kecemasan, depresi, efikasi diri, regulasi gula darah dan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

Diperkirakan 10,9% sampai 32,9% pasien DM mengalami depresi (Anderson et al., 2001 dalam Wu, 2007). Gejala depresi yang terjadi ditandai dengan perasaan tidak berdaya, tertekan, sedih, perasaan tidak berharga pada pasien DM tipe 2 yang dapat timbul karena terjadinya penurunan kondisi fisik, munculnya komplikasi dan lamanya perjalanan

penyakit. Dengan munculnya komplikasi seperti retinopathy membuat pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri akibat gangguan penglihatan. Begitu juga pasien DM dengan komplikasi penyakit jantung, akan mengakibatkan pasien merasa lemah dan tidak berdaya karena penurunan fungsi jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen untuk beraktivitas. Kondisi ini akan membuat pasien menjadi depresi dalam menjalani hidupnya, apalagi jika pasien tersebut masih berada dalam rentang usia produktif.

Depresi dapat mempengaruhi motivasi seseorang dalam menyelesaikan tugas dan hasil yang diharapkan. Depresi dapat berkontribusi pada penurunan fungsi fisik dan emosional yang menyebabkan seseorang menjadi kehilangan motivasi untuk melakukan perawatan diri harian secara rutin (Lustman, 2000 dalam Wu, 2007). Pasien DM tipe 2 yang mengalami depresi cenderung lebih mudah menyerah dengan keadaannya dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi.

Egede, Zheng dan Simpson (2002 dalam Wu, 2007) menemukan bahwa rata-rata individu dengan DM beresiko 2 kali mengalami depresi dibandingkan dengan individu yang sehat, dan pasien DM yang mengalami depresi beresiko 4.5 kali mengeluarkan biaya lebih mahal dibandingkan dengan pasien DM yang tidak mengalami depresi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami depresi memiliki efikasi diri yang baik. Depresi terkait dengan kondisi emosional seseorang. Menurut Bandura (1997), kondisi emosional mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan terkait efikasi dirinya. Seseorang yang memiliki keyakinan akan kemampuan dirinya untuk menyelesaikan berbagai masalah maka ia akan memilih dan melakukan tindakan yang bermanfaat dan efektif untuk menyelesaikan masalahnya dengan baik.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa depresi merupakan faktor konfonding terhadap efikasi diri. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa

responden yang tidak mengalami depresi menunjukkan efikasi yang baik 2.605 kali dibandingkan dengan responden yang mengalami depresi (CI 95% OR : 1.19;5.471). Responden yang tidak mengalami depresi berarti memiliki kondisi emosional dan coping yang baik sehingga memiliki keyakinan untuk memotivasi diri sendiri dan berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Dengan demikian, hipotesis penelitian ini yang menyatakan ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

## **6.2. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan antara lain:

### **6.2.1. Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini seperti kuesioner motivasi menggunakan kuesioner yang berasal dari luar negeri yang kemudian peneliti modifikasi dengan menerjemahkan ke dalam bahasa Indonesia namun peneliti tidak melakukan *back translation* terhadap kuesioner tersebut. Hal ini dapat mengakibatkan perbedaan penafsiran terhadap pernyataan-pernyataan kuesioner. Selain itu peneliti sudah berusaha untuk mencari alamat pemilik asli kuesioner untuk meminta izin penggunaannya dalam penelitian, namun peneliti tidak menemukan alamat pemilik kuesioner tersebut.

### **6.2.2. Proses Pengambilan Data**

Pengambilan data dilakukan sebelum responden melakukan pemeriksaan kesehatan tepatnya pada saat pasien menunggu dipanggil untuk pemeriksaan. Keterbatasan yang dialami adalah beberapa responden kurang konsentrasi dalam mengisi kuesioner karena menunggu dipanggil oleh perawat dan terburu-buru mengisi kuesioner.

## **6.3. Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan**

Efikasi diri merupakan prediktor terhadap manajemen perawatan diri DM tipe 2. Dengan efikasi diri yang tinggi akan meningkatkan manajemen perawatan diri DM sehingga komplikasi dan faktor penyulit dapat dicegah. Efikasi diri pasien DM tipe 2 akan meningkat jika pasien memiliki motivasi yang tinggi dalam perawatan DM. Pasien yang selalu termotivasi akan dapat mempertahankan perilaku perawatan diri yang sehat. Secara lebih jelas implikasi hasil penelitian ini bagi pelayanan keperawatan dan pendidikan keperawatan adalah sebagai berikut.

### 6.3.1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perawat untuk meningkatkan asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri setelah dikontrol oleh variabel depresi. Berdasarkan penelitian ini, sebagai seorang perawat spesialis medikal bedah diharapkan mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan secara komprehensif dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Pada saat pengkajian faktor psikososial perlu ditambahkan pengkajian terkait motivasi dan efikasi diri pasien DM tipe 2 sebagai dasar untuk membuat perencanaan dan intervensi. Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien DM tipe 2 untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien antara lain dengan *self-efficacy enhancement*, *self-awareness*, *coping enhancement* dan *teaching*.

*Self-efficacy enhancement* merupakan intervensi keperawatan untuk meningkatkan keyakinan individu akan kemampuannya melakukan perilaku hidup sehat. Aktivitas untuk meningkatkan efikasi diri ini antara lain eksplorasi persepsi individu tentang kemampuannya melakukan suatu perilaku tertentu, tentang keuntungan jika melakukan perilaku yang dianjurkan, identifikasi penghalang dalam perubahan perilaku, kaji komitmen individu untuk suatu rencana yang akan dilakukan, berikan *reinforcement* positif dalam membuat perubahan perilaku, berikan contoh

pengalaman diri sendiri atau orang lain yang sukses melakukan perawatan diri, libatkan dalam *support group* dan perbaiki status fisik dan emosional yang mungkin dialami di awal terapi untuk menghasilkan perilaku baru.

*Self-awareness enhancement* yaitu mengkaji pasien untuk mengeksplorasi memahami pikiran, perasaan, motivasi dan prilakunya. Beberapa tindakan keperawatan yang dilakukan di antaranya: ajak pasien untuk mengenal dan mendiskusikan pikiran dan perasaannya, mengidentifikasi prioritas hidupnya dan dampak penyakit dalam hidupnya, bantu pasien mengidentifikasi situasi yang mencetuskan kecemasan, kaji pasien untuk mengidentifikasi kemampuan, gaya belajar, sumber motivasi, fasilitasi ekspresi pasien melalui *peergroup* dan kaji pasien untuk mengenal dan memperbaiki perilaku destruktif.

*Coping enhancement* didefinisikan sebagai tindakan yang membantu pasien untuk beradaptasi menerima stressor, memperkuat coping individu melalui dukungan keluarga dan sosial. Tindakan keperawatan yang diberikan adalah hargai pemahaman klien terhadap penyakitnya, gunakan pendekatan yang menenangkan dan menenangkan, bantu klien untuk menemukan sumber-sumber dukungan, dukung penggunaan sumber-sumber spiritual, mendukung aktivitas sosial dan komunitas, dorong pasien untuk mengidentifikasi kekuatan dan kemampuannya sendiri, libatkan keluarga dan orang terdekat saat melakukan intervensi pada pasien dan eksplorasi teknik pemecahan masalah yang biasa pasien lakukan.

*Teaching* (pendidikan kesehatan) merupakan intervensi untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang DM dan perawatannya, yang dapat meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien. Perawat perlu melakukan pendidikan kesehatan terstruktur dan berkala dalam waktu tertentu untuk meningkatkan pengetahuan pasien. Selain itu bisa juga dengan membuat suatu kelas untuk pendidikan kesehatan yang dapat

dievaluasi baik melalui penelitian atau hasil diagnostik seperti hasil laboratorium.

Perawat terlibat langsung memberikan dukungan secara psikologis pada pasien dengan memotivasi pasien agar yakin dan mampu melakukan perawatan diri DM secara mandiri. Selain itu perawat juga dapat memfasilitasi pasien DM tipe 2 untuk mendapatkan sumber-sumber dukungan baik dari keluarga, orang terdekat dan kelompok pendukung. Pemberian dukungan sangat diperlukan bagi pasien DM tipe 2 dalam menghadapi penyakitnya baik oleh keluarga, teman dan tenaga kesehatan. Pemberian dukungan juga dapat membantu pasien beradaptasi terhadap kondisinya, mencegah terjadinya depresi sehingga pasien mampu mengelola penyakitnya.

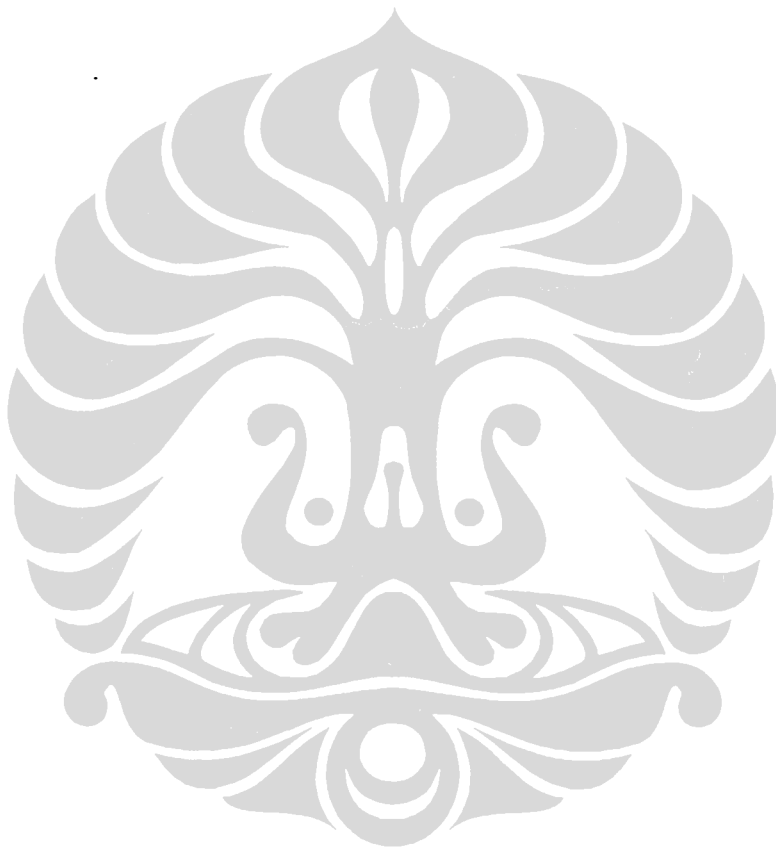
Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri setelah dikontrol oleh variabel depresi. Dalam hal ini perawat spesialis medikal bedah tidak hanya berfokus pada masalah fisik pasien saja tapi harus bersifat komprehensif termasuk masalah psikologis. Gejala depresi merupakan salah satu masalah psikologis yang sering terjadi pada pasien dengan DM tipe 2. Perawat perlu melakukan skrining pada saat pengkajian jika pasien menunjukkan gejala depresi. Namun jika masalah psikologis seperti depresi ini sudah bersifat patologis maka hal tersebut sudah menjadi wewenang dan tanggung jawab perawat spesialis jiwa.

### 6.3.2. Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan sebagai dasar untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih aplikatif dengan berfokus pada diri pasien khususnya tentang efikasi diri. Institusi pendidikan juga diharapkan mampu mengembangkan metode asuhan keperawatan pada pasien DM tipe 2 yang bersifat komprehensif meliputi biopsikososiokulturalspiritual.



Penelitian ini sebagai dasar penelitian selanjutnya yang berfokus pada efikasi diri. Penelitian terutama mengenai intervensi untuk meningkatkan motivasi dan efikasi diri pada pasien DM tipe 2 khususnya atau pada pasien dengan penyakit kronis pada umumnya masih harus terus dikembangkan. Begitu pula penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien dengan penyakit kronis, masih ada beberapa faktor yang belum diteliti seperti faktor spiritual, etnis, asuransi/jaminan kesehatan dan kelompok pendukung.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian, maka simpulan yang didapat adalah sebagai berikut:

- 1) Karakteristik responden di RSUP H. Adam Malik Medan dalam penelitian ini adalah sebagian besar berjenis kelamin perempuan, dengan usia rata-rata 59.3 tahun, mayoritas tingkat pendidikan tinggi, mayoritas responden tidak bekerja, dengan penghasilan perbulan rata-rata Rp. 1.952.910,-. Semua responden telah menikah dan sebagian besar masih memiliki pasangan hidup serta lama menderita DM rata-rata 6.05 tahun.
- 2) Mayoritas responden memiliki motivasi yang kurang baik.
- 3) Lebih dari setengah jumlah responden memiliki efikasi diri yang baik.
- 4) Tidak ada hubungan antara karakteristik demografi responden dengan efikasi diri kecuali variabel status sosial ekonomi.
- 5) Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan efikasi diri
- 6) Ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri.
- 7) Ada hubungan antara motivasi dengan efikasi diri responden di RSUP H. Adam Malik Medan. Responden yang memiliki motivasi yang baik berpeluang 3.736 kali memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki motivasi yang kurang baik setelah dikontrol oleh variabel depresi (CI 95% OR: 1.351;10.322)

#### **7.2. Saran**

Berdasarkan kesimpulan di atas, saran dari peneliti sebagai berikut:

##### **7.2.1. Bagi Pelayanan Keperawatan**

- 1) Perawat perlu menambahkan pengkajian mengenai motivasi dan efikasi diri sebagai pengkajian faktor psikososial pada pasien DM tipe 2. Selain itu, pada tahap pengkajian juga perlu dilakukan skrining untuk gejala depresi dan kondisi psikologis lain yang dialami pasien.

- 2) Perawat dapat meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien dengan meningkatkan pengetahuan pasien melalui pendidikan kesehatan yang terstruktur tentang DM dan penatalaksanaannya. Untuk Poliklinik Endokrin RSUP H. Adam Malik Medan perlu ditambah hari kunjungan untuk berobat jalan bagi pasien sehingga perawat tidak terburu-buru saat melayani pasien dan memiliki waktu untuk pemberian pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan juga bisa dilakukan dirawat inap pada pasien dan keluarganya.
- 3) Perawat dapat memberikan dukungan untuk kemandirian pasien dalam mengelola dan memodifikasi gaya hidup dengan cara melibatkan peran aktif keluarga dalam perawatan pasien karena dukungan keluarga dan orang terdekat sangat berperan dalam meningkatkan efikasi diri pasien dan mencegah terjadinya gejala depresi pada pasien DM tipe 2.
- 4) Perawat dapat meningkatkan motivasi dan efikasi diri pasien melalui berbagai cara. Salah satunya pembentukan klub diabetes seperti yang disampaikan oleh beberapa responden. Perawat dapat menjadi fasilitator untuk menghubungkan pasien DM tipe 2 dengan sumber-sumber dukungan sosial baik keluarga, tenaga kesehatan maupun kelompok pendukung yang berguna untuk mempertahankan kondisi emosional pasien ke arah yang adaptif.

### **7.2.2. Bagi Pendidikan keperawatan**

Perlu memasukkan materi efikasi diri dalam materi pembelajaran untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien DM khususnya, dan pasien dengan penyakit kronis pada umumnya sehingga asuhan keperawatan lebih aplikatif dengan berfokus pada pasien dan bersifat komprehensif.

### **7.2.3. Bagi Penelitian keperawatan**

- 1) Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan penelitian selanjutnya mengenai efikasi diri. Beberapa masalah yang dapat diteliti antara lain intervensi keperawatan yang dapat

meningkatkan efikasi diri pasien, pengaruh pendidikan kesehatan dengan suatu modul tertentu terhadap efikasi diri pasien DM, faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien dengan penyakit kronis atau pengaruh efikasi diri terhadap perawatan diri DM, dan lain sebagainya dengan menggunakan metode penelitian yang lebih baik.

- 2) Terkait dengan peningkatan motivasi, untuk penelitian selanjutnya dapat diteliti pengaruh *Self-Help Group* (SHG) atau kelompok swabantu terhadap motivasi pasien DM tipe 2



## DAFTAR PUSTAKA

- Allen (2006). *Support of diabetes from the family*. Diunduh tanggal 08 Desember 2010 dari <http://www.buzzle.com/editorials/7-3-2006101247.asp>
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktek*. Edisi revisi v. Jakarta: Rineka Cipta
- Anderson, R.M., Funnell, M.M, Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T., Feste, C.C. (1995). *Patients empowerment: Result of randomized controlled trial (Abstract)*. Diunduh pada tanggal 10 Agustus 2010 dari <http://care.diabetesjournals.org/content/18/7/943.short>
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: FKM UI
- Atak, N., Kose, K., Gurkan, T. (2008). The effect of education knowledge, self management behaviours and self-efficacy of patient with type 2 diabetes. *Australian Journal of advanced Nursing*, vol 26, No. 2. Diunduh pada tanggal 10 juli 2010 dari [http://www.ajan.com.au/Vol26/26-2\\_Atak.pdf](http://www.ajan.com.au/Vol26/26-2_Atak.pdf)
- Bandura, A. (1994). *Self efficacy*. Diunduh pada tanggal 10 Juli 2010 dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Diunduh pada tanggal 12 Juli 2010 dari <http://www.des.emory.edu/mfp/effbook5.html>
- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2005). *Medical surgical nursing*. (7<sup>th</sup> ed). St louis: Elsevier Saunders
- Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J & Dickinson, J.K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator 2000; volume 26; number 4* diunduh tanggal 13 Juli 2010 dari <http://tde.sagepub.com/cgi/reprint/>
- Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. Lippincott : Saunders
- Butler, H.A. (2002). *Motivation: The role in diabetes self-management in older adults*. Diunduh pada tanggal 23 agustus 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>

- DaSilva, J. (2003). *Motivation for self-care in older women with heart disease and diabetes: A balancing act*. Diunduh pada tanggal 23 Agustus 2003 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Delamater, A.M. (2000). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24, 71-77. Diunduh tanggal 25 September 2010 dari <http://www.clinical.diabetesjournal.org>.
- Dochterman, J.M., Butcher, H.K., & Bulechek, G.M. (2008). *Nursing intervention classification (NIC)*. (5<sup>th</sup> ed). St. Louis: Mosby.
- Doenges, M. E., (2001). *Nursing care plans. Guidelines for planning and documenting patient care*. Pennsylvania : Davis Company
- Fisher, D.M. (2005). *Empowerment and self-care management behaviors in type 2 diabetes*. Diunduh pada tanggal 1 Juli 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Funnell, M.M., Tang, T. S., Anderson, R. M. (2007) From DSME to DSMS: Developing empowerment-based diabetes self-management support. *Diabetes Spectrum; Fall 2007; 20,4; Research Library*. Diunduh pada tanggal 28 September 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Funnell, M.M., Brown, T.L., Childs, B.P., Haas, L.B.,Hosey, G.M., Jensen, B., Maryniuk, M., Peyrot, M., Piette, J.D. (2010). National standards of diabetes self management education. *Diabetes Care Journal*. Diunduh dari <http://www.ebscohost.com>
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan: Konsep, etika, & instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Hampton, J. (2004). *Component of empowerment and diabetes metabolic control in type 2 diabetes*. Diunduh pada tanggal 1 Juli 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. FKM UI
- International Council of Nurses. (2010). *Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care*. Switzerland: ICN-International Council of Nurses. Diunduh pada tanggal 09 Oktober 2010 dari <http://www.icn.ch/publication/2010>

- Ignatavicius, D, & Workman,. (2006). *Medical surgical nursing : Critical thinking for collaborative care. 5th ed.* St Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Ismonah (2008). *Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi self care management pasien Diabetes Mellitus.* Depok: FIK UI. Tesis: Tidak Dipublikasikan
- Jamdafrizal. (2006). *Mengeksplorasi motivasi dari pembelajaran.* Diunduh pada tanggal 23 Agustus 2010 dari <http://www.scribd.com/doc/>.
- Jerusalem, M & Swarzer, R. (1993). *The general self-efficacy scale (GSE).* Diunduh pada tanggal 7 Juli 2010 dari <http://www.healthpsych.de/>
- Kim, C.K., McEwen, L.N., Kieffer, E.C., Herman, W.H.,& Piete, J.D. (2008). Self-efficacy, social support, and association with physical activity and body mass index among women with histories of gestasional diabetes mellitus. *The Diabetes Educator, vol 34, no.4, 719-728 (2008).* Diunduh tanggal 08 Desember 2010 dari <http://www.sagepub.com/cgi/>
- Kott, K.B. (2008). *Self-efficacy, outcome expectation, self-care behavior and glycosylated hemoglobin level in persons with type 2 diabetes.* Diunduh tanggal 1 Juli 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- LeMone, P, & Burke (2008). *Medical surgical nursing : Critical thinking in client care.*( 4th ed). Pearson Prentice Hall: New Jersey.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management function in nursing: Theory and application (5<sup>th</sup>ed).* Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Mills, L. (2008). *Diabetes: Self-esteem and family support.* Diunduh pada tanggal 08 Desember 2010 dari <http://www.americanchronicle.com>
- Mystakidou, K., Tsilikia., Parpa., Gougut., Theodoriakis. & Vlahos (2010). Self-efficacy beliefs and level of anxiety in advanced cancer patient. *European Journal of Cancer Care 19, 205-211.* Diunduh pada tanggal 20 Agustus 2010 dari [http:// www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com)
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan prilaku kesehatan.* Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo. S. (2005). *Promosi kesehatan: Teori dan aplikasi.* Jakarta: Rineka Cipta

- Osborn, C.Y. (2006). *Using the IMB models of health behavior change to promote self-management behaviors in Puerto Rican with diabetes*. Diunduh pada tanggal 20 Agustus 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- PERKENI. (2006). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia*. Jakarta
- Peterson S.J. & Bedrow.T.S. (2004). *Middle range theories: Application to Nursing research*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins,
- Pintrich, P.R & Schunk, D. (1996). *Motivation in education: Theory , research & application*. New Jersey: Prentice Hall
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principle and methods (6<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter. P. A. & Perry,A.G. (2008). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktek*. Jakarta: EGC
- Pollard, G., Cardona, M., & Baker, K.S. (2002). *2000 Chronic disease survey: Diabetes prevalence and management report*. Diunduh pada tanggal 1 Juli 2010 dari <http://www.health.gdl.gov.au>
- Radi, B. (2007). *Diabetes mellitus sebagai faktor resiko penyakit jantung*. Diunduh pada tanggal 08 Desember 2010 dari <http://www.pjnhk.go.id>
- Robbins, S.P. (2001). *Organizational behavior: Concept, controversies, and application*. New Jersey: Prentice Hall
- Rubin, R.R. (2000). Psychotherapy and conselling in diabetes mellitus. *Psychology in Diabetes Care (p 235-263)*. Chickester: John Wiley & Sons. Ltd
- Ryan, R. (2009). Self-determination theory and wellbeing. *WeD Research Review 1 Juni 2009*. Diunduh tanggal 21 September 2010 dari <http://www.welldev.org.uk/>
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Edisi 3*. Jakarta: Sagung Seto



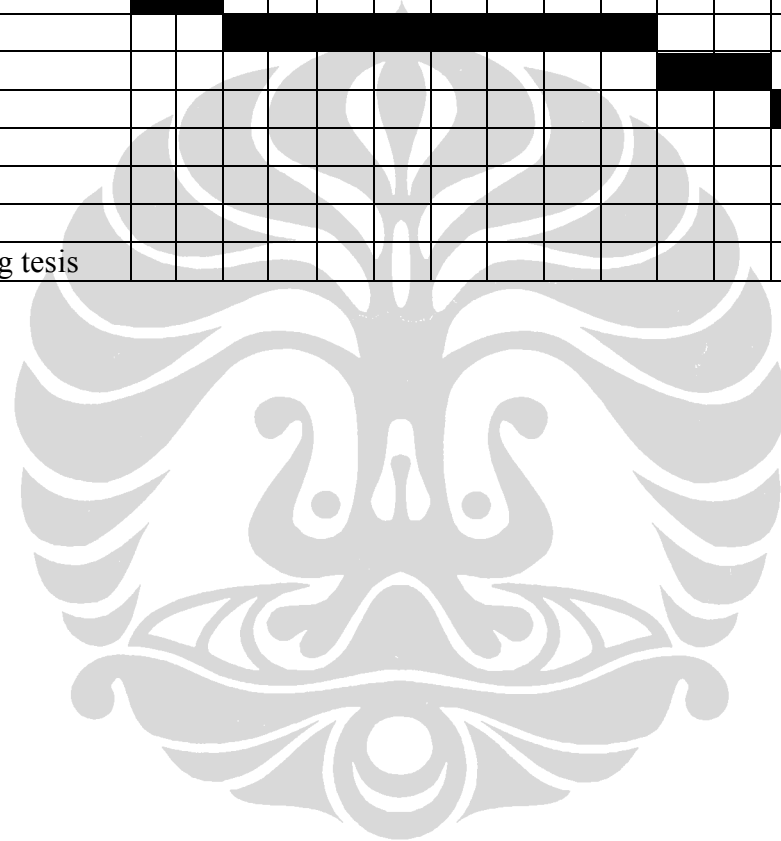
- Schumacher, E.P. & Jasksonville, S. (2005). *Diabetes Self-Management Education: The key to living well diabetes*. Diunduh pada tanggal 10 Agustus 2010 dari <http://www.dcmsonline.org/jax-medicine/2005journals/Diabetes/diab05j-pt-education.pdf>
- Shigaki, C., Krusel, R.L., Mehr, D., Sheldon, K.M., Ge, B., Moore, C., and Lemaster, J. (2010). *Motivation and diabetes self-management (abstract)*. Diunduh pada tanggal 20 Agustus 2010 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20675362>
- Siswono (2005). *P2M & PL dan LITBANGKES*. Diunduh tanggal 20 Juli 2010 <http://www.depkes.go.id>
- Skarbek, E.A. (2006). *Psychosocial predictors of self care behaviors in type 2 diabetes mellitus patient: Analysis of social support, self-efficacy and depression*. Diunduh pada tanggal 5 Oktober 2010 dari <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.18.7072-1.pdf>
- Smeltzer, S, & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia : Lippincott
- Soegondo, S., Soewondo, P, & Subekti, I. (2009). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Souza, V.D & Zauseiniewski, J. A. (2005). Toward a theory of diabetes self-care management. *Journal of Theory Construction & Testing; Winter 2005/2006; 9,2*. Diunduh dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Stipanovic, A.R. (2002). *The effects of diabetes education on self-efficacy and self care*. Diunduh pada tanggal 05 Juli 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Sudoyo. S. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. (Edisi 3). Jakarta; Pusat penerbit Departemen Penyakit Dalam FKUI
- Sugiyono. (1999). *Statistika untuk penelitian*. Edisi ke-2. Bandung: CV. Alfabeta
- Supriadi, T. (2009). Rumah sakit di sumut belum berikan data penyakit. *Waspada Online* 13 Juli 2009. Diunduh pada tanggal 05 Agustus 2010 dari <http://www.waspada.co.id/>

- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi penelitian*. Jakarta: PT. RajaGrafindo Pratama
- Suyono, S. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. (Edisi 3). Jakarta;Pusat penerbit Departemen Penyakit Dalam FKUI
- Swansburg, R.C. & Swansburg R.J. (1999). *Introductory management and leadership for nurses* (2<sup>nd</sup> ed). Boston: Jones and Bartlett Publisher
- Temple, A.J.S. (2003). *The effects of diabetes self-manageent education on diabetes self-efficacy, and psychological adjustment to diabetes*. Diunduh pada tanggal 10 Juli 2010 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theories and their work*. 6<sup>th</sup> ed. USA: Mosby Elsevier
- Vahid, Z., Alehe, S. R. & Faranak, J. (2008). The effect of empowerment program education on self-efficacy in diabetic patients in Tabriz University of Medical Science diabetes education centre. *Journal of Biological Science* 3 (8): 850-855, 2008. *Medwell Journals*. Diunduh pada tanggal 01 Juli 2010 dari <http://docsdrive.com/pdfs/medwelljournals/rjbsci/2008/850-855.pdf>
- Wantiyah, Sitorus, R., Gayatri, D. (2010). *Faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien penyakit jantung koroner dalam konteks asuhan keperawatan di RSD dr. soebandi jember*. Depok: FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Wu, S.F.V., Courtney, M., Edward, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L.M., Chang, P.J. (2006). *Self-efficacy, outcome expectation and self care behavior in people with type diabetes in taiwan*. Diunduh tanggal 8 Juli 2010 dari <http://web.ebscohost.com>
- Wu, S.F.V (2007). *Effectiveness of self management for person with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in taiwan*. Queensland: Queensland University of Technology. Diunduh pada tanggal 07 Oktober 2010 dari [http://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang\\_Wu\\_Thesis.pdf](http://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang_Wu_Thesis.pdf)



### Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Agustus				September				Oktober				November				Desember				Jan	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Pengajuan judul	■	■																				
2	Pembuatan proposal			■	■	■	■	■	■	■	■												
3	Ujian dan perbaikan proposal											■	■										
4	Pengurusan ijin													■	■								
5	Uji coba instrumen													■	■								
6	Pengumpulan data															■	■	■	■	■	■		
7	Penyusunan laporan																			■	■		
8	Ujian hasil penelitian dan sidang tesis																					■	■



## PENJELASAN PENELITIAN

Judul penelitian : Hubungan Antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan

Peneliti : Yesi Ariani

NPM : 0806483632

Saya, mahasiswa Program Studi Pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan motivasi pasien dengan efikasi diri pasien DM tipe 2. Ibu/Bapak/Saudara yang turut berpartisipasi dalam penelitian ini akan diharapkan mengisi kuesioner dan menjawab pertanyaan yang telah disediakan.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan pasien. Bila selama penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara merasakan ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk berhenti dari penelitian.

Kami akan berusaha menjaga hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dari kerahasiaan selama penelitian berlangsung, dan peneliti menghargai keinginan responden untuk tidak meneruskan dalam penelitian, kapan saja saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien DM tipe 2.

Dengan penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi dari Bapak/Ibu/Saudara. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini, kami ucapkan terima kasih.

Medan, November 2010

Peneliti

Yesi Ariani, S.Kep,Ns

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian : Hubungan Antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan

Peneliti : Yesi Ariani

NPM : 0806483632

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul tersebut diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan motivasi dengan efikasi diri pasien DM Tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Saya memahami bahwa resiko yang akan terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya mendapatkan pelayanan perawatan di rumah sakit ini.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, semua berkas yang mencantumkan identitas subjek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan serta hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data tersebut.

Selanjutnya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Medan, November 2010

Responden

Peneliti

(.....)

Yesi Ariani, S.Kep, Ns

## KUESIONER PENELITIAN

### Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan

#### Petunjuk:

1. Kuesioner ini terdiri dari tiga bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang motivasi dan kuesioner tentang efikasi diri
2. Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, beri tanda silang (x) pada jawaban yang tersedia
3. Silakan mengisi pada tempat yang sesuai, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara member tand
4. Semua jawaban Bapak/Ibu/Sudara adalah BENAR

#### A. Karakteristik Responden

No.Responden :  
Initial responden :  
Umur : ..... tahun  
Jenis kelamin : 1. Laki-laki                      2. Perempuan  
Tingkat pendidikan :  
1. Tidak sekolah  
2. SD  
3. SMP  
4. SMA  
5. PT

Pekerjaan :  
1. Tidak bekerja  
2. Petani/pedagang/buruh  
3. PNS/TNI/POLRI  
4. LAIN-LAIN,sebutkan.....

Penghasilan perbulan : Rp.....

Status pernikahan :  
1. Menikah  
2. Tidak Menikah  
3. Janda/duda

Lama menderita DM : .....tahun.....bulan

## B. Kuesiner Motivasi

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara/i

**STS** : apabila anda **SANGAT TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

**TS** : apabila anda **TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

**S** : apabila anda **SETUJU** dengan pernyataan tersebut

**SS** : apabila anda **SANGAT SETUJU** dengan pernyataan tersebut

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
<b>A. Saya menjalani pengobatan dan memeriksa gula darah karena...</b>					
1	Banyak orang yang senang jika saya melakukannya				
2	Saya menjadi tertantang untuk melakukannya				
3	Saya percaya bahwa menjalani pengobatan diabetes akan memperbaiki kesehatan saya				
4	Saya merasa senang jika melakukan apa yang disarankan dokter				
5	Saya ingin dokter berpikir bahwa saya pasien yang baik				
6	Badan saya terasa lebih baik jika saya melakukannya				
7	Saya senang jika gula darah saya berada dalam rentang yang normal				
8	Saya tidak ingin orang lain kecewa pada saya				
<b>B. Alasan saya mematuhi aturan makan dan olahraga dengan teratur adalah:</b>					
9	Orang lain akan senang jika saya melakukannya				
10	Saya percaya bahwa hal ini penting bagi kesehatan saya				
11	saya malu pada diri saya jika saya tidak melakukannya				
12	Lebih mudah melakukan apa yang saya katakan daripada memikirkannya				
13	Saya sangat memperhatikan makanan dan olah raga yang saya lakukan				
14	Saya percaya ini adalah terbaik untuk saya lakukan				
15	Saya ingin orang lain melihat bahwa saya dapat mengontrol makanan saya dan saya tetap fit				
16	Saya melakukannya karena dianjurkan oleh dokter				
17	Saya merasa bersalah jika saya tidak mengontrol makanan				
18	Berolahraga dengan teratur dan memperhatikan makanan adalah pilihan saya				
19	Merupakan tantangan bagi saya untuk belajar bagaimana hidup dengan DM				

Sumber: *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (Butler,2002)



### C. Kuesioner Efikasi Diri

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara/i

**Tidak Mampu (TM)** : apabila anda merasa atau **TIDAK MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

**Kadang Mampu/ (KM)** : apabila anda merasa **KADANG MAMPU** atau **Kadang tidak mampu KADANG TIDAK MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

**Mampu (MM)** : apabila anda merasa **MAMPU MELAKUKAN** sesuai pernyataan tersebut

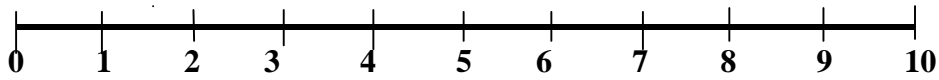
No	Pernyataan	TM	KM	MM
1	Saya mampu memeriksa gula darah sendiri jika perlu			
2	Saya mampu mengoreksi gula darah sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu tinggi			
3	Saya mampu mengoreksi gula darah sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu rendah			
4	Saya mampu memilih makanan yang benar			
5	Saya mampu mempertahankan berat badan yang sesuai			
6	Saya mampu memeriksa keadaan kaki saya jika ada kelainan kulit atau luka			
7	Saya mampu melakukan penyesuaian makan ketika saya sakit			
8	Saya mampu mengikuti aturan makan yang sehat dari waktu ke waktu			
9	Saya mampu berolahraga ketika dokter menasehati saya untuk berolah raga			
10	Saya mampu menyesuaikan rencana makan saya ketika saya berolah raga			
11	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya berada di luar rumah			
12	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya menghadiri suatu pesta			
13	Saya mampu mengikuti penyesuaian rencana makan ketika saya sedang stress (tertekan) atau bersemangat			
14	Saya mampu mengatur dan minum obat seperti yang telah ditentukan secara teratur			
15	Saya mampu melakukan penyesuaian pengobatan saya ketika saya sedang sakit			

Sumber: *The Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (Kott, 2008)

### Skala Dukungan Keluarga

Berilah tanda silang (x) pada rentang angka 0 sampai dengan 10 yang tersedia di bawah ini yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu

**Apakah keluarga Bapak/Ibu mendukung perawatan dan pengobatan yang Bapak/Ibu jalani?**



Tidak  
mendukung

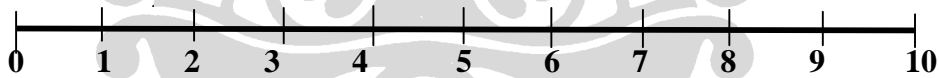
cukup  
mendukung

sangat  
mendukung

### Skala Depresi

Berilah tanda silang (x) pada rentang angka 0 sampai dengan 10 yang tersedia di bawah ini yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu

**Apakah Bapak/Ibu merasa tertekan/stress akhir-akhir ini?**



Tidak  
Tertekan

cukup  
tertekan

sangat  
tertekan

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yesi Ariani

Tempat/Tanggal Lahir : Batu Sangkar/ 09 September 1980

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : PNS

Alamat Rumah : Jl. Mega No. 43 Kel. Tanjung Rejo  
Kec. Medan Sunggal, Medan, 20122

Alamat Kantor : Jl. Prof. Maas No.3 Kel. Padang Bulan  
Kec. Medan Baru, Medan, 20155

Email : yesiariani@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

- a. Sekolah Dasar : SD Negeri 001 Dumai Timur, Riau  
(lulus 1993)
- b. Sekolah Menengah Pertama : SMP Negeri Karang Anyar, Dumai, Riau  
(lulus 1996)
- c. Sekolah Menengah Umum : SMU Negeri 2 Dumai, Riau (lulus 1999)
- d. Perguruan Tinggi : S1 Keperawatan Universitas Sumatera Utara  
(USU), Medan (lulus 2003)  
Ners PSIK FK USU (lulus 2004)

Riwayat Pekerjaan : Dosen PSIK FK Universitas Sumatera Utara  
(Januari 2005 – sekarang)